

Dynamische Psychiatrie

Dynamic Psychiatry

The international psychiatric journal for the advancement of the interrelationship
between psychiatry and psychoanalysis



Herausgegeben von Günter Ammon, Berlin

Unter Mitarbeit von:

N. Ackerman, New York · R. Barnes, Kansas City · L. Bellak, New York · G. Benedetti, Basel · J. Cremerius, Gießen · Th. Dosužkov, Praha · R. Ekstein, Los Angeles · S. H. Foulkes, London · Th. Freeman, Antrim · A. Garma, Buenos Aires · M. Grotjahn, Beverly Hills · F. Hacker, Beverly Hills · H. Häfner, Heidelberg · B. Hall, Topeka · F. Hansen, Oslo · I. Jakab, Belmont · M. Khan, London · H. Levinson, Cambridge/Mass. · E. Linnemann, København · A. E. Meyer, Hamburg · H. Modlin, Topeka · G. Murphy, Topeka · S. Nacht, Paris · M. Prados †, Madrid · R. Schmiedeck, Westport · W. Schulte, Tübingen · H. Searles, Chevy Chase · E. Servadio, Roma · V. Smirnoff, Paris · L. Stross, Topeka · H. Strotzka, Wien · J. Sutherland, Edinburgh · L. Székely, Stockholm · V. Tähkä, Helsinki · E. Ticho, Topeka · H. G. van der Waals, Tucson · E. Weigert, Chevy Chase · L. Whitaker, Denver · W. Th. Winkler, Gütersloh · H. Z. Winnik, Jerusalem

2. Jahrgang

1./2. Heft

Februar/Juni 1969

Die psychiatrische Fachzeitschrift zur Förderung der Beziehung zwischen Psychiatrie
und Psychoanalyse in internationaler Gemeinschaftsarbeit

Westliche Berliner Verlagsgesellschaft Heenemann KG, Berlin
für das Lehr- und Forschungsinstitut für Psychodynamische Psychiatrie
und Gruppendynamik, Berlin

Dynamische Psychiatrie

Die psychiatrische Fachzeitschrift zur Förderung der Beziehung zwischen Psychiatrie und Psychoanalyse in internationaler Gemeinschaftsarbeit

2. Jahrgang

1./2. Heft

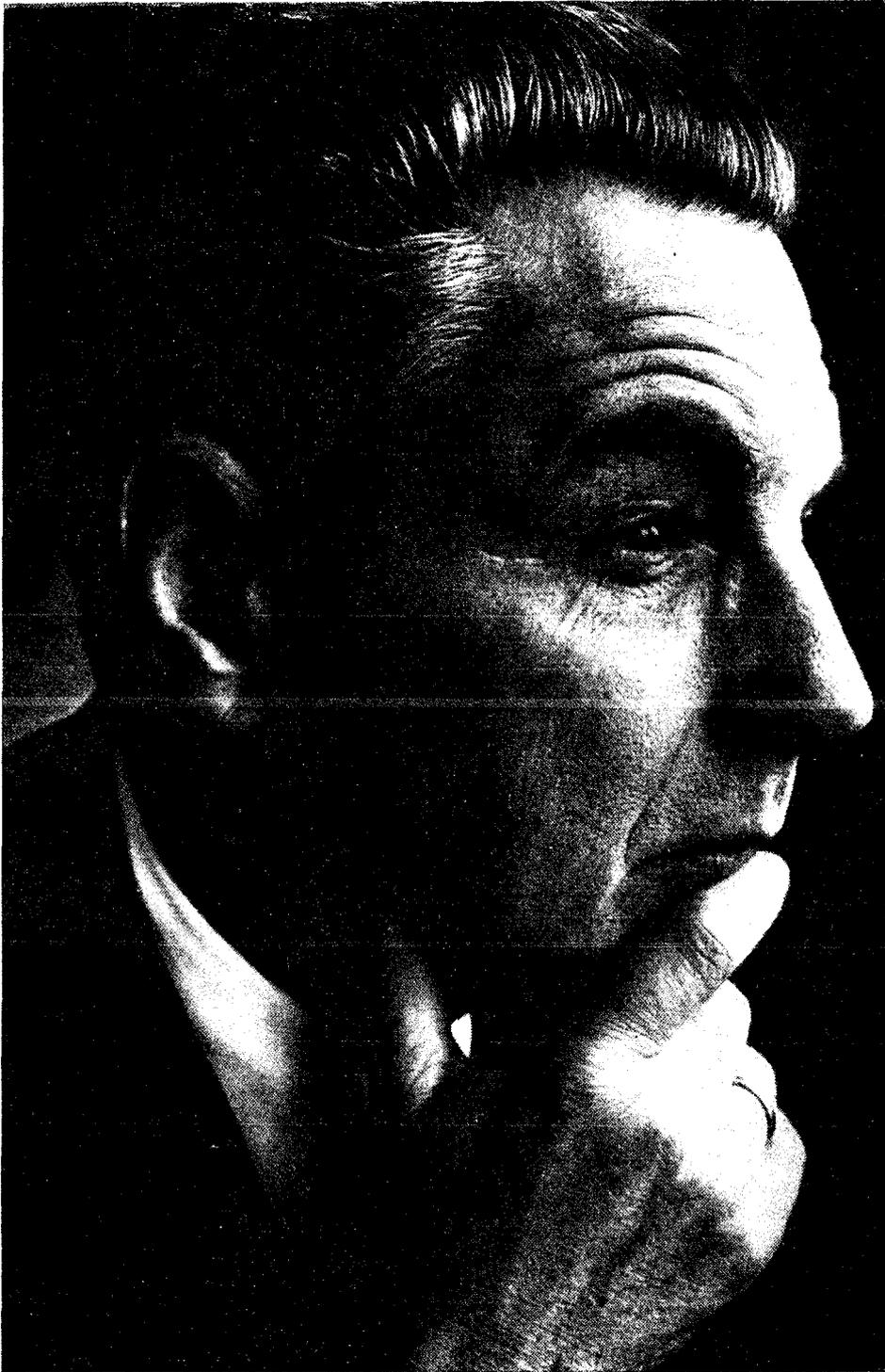
Februar/Juni 1969

INHALT / CONTENTS

| | Seite |
|--|-------|
| <i>Martin Grotjahn, M. D. (Beverly Hills):</i> | |
| Das analytische Gruppenerlebnis im Rahmen der psychotherapeutischen Ausbildung | 2 |
| The Analytic Group Experiences in Psychotherapeutic Training | 11 |
| <i>D. W. Winnicott, M. D. (London):</i> | |
| A Link between Paediatrics and Child Psychology | |
| – Clinical Observations – | 13 |
| Eine Verbindung zwischen Kinderheilkunde und Kinderpsychologie | |
| – Klinische Beobachtungen – | 24 |
| <i>Ernst Ticho, Ph. D. (Topeka):</i> | |
| Psychoanalyse und Psychotherapie | 28 |
| Psychoanalysis and Psychotherapy | 37 |
| <i>Morris M. Kessler, M. D. (Cleveland):</i> | |
| Use of Familiar Dynamic Considerations | |
| to Explain the Schizophrenic Process | 40 |
| Die Deutung des schizophrenen Prozesses | |
| mit bekannten dynamischen Konzeptionen | 47 |
| <i>Priv.-Doz. Dr. Dr. med. W. Schumacher (Giessen):</i> | |
| Über verschiedene Techniken der psychiatrischen Exploration | |
| und ihre Anwendungsbereiche | 50 |
| The Psychiatric Interview with different Techniques and Applications | 60 |
| <i>Dr. med. Günter Ammon (Berlin):</i> | |
| Oralität, Identitätsdiffusion und weibliche Homosexualität | |
| (Eine psychoanalytische Studie) | 63 |
| Orality, Identity Diffusion and Female Homosexuality | |
| (A psychoanalytic study) | 79 |
| <i>Thomas Freemann, M. D. (Antrim):</i> | |
| Psycho-analytic Aspects of Diffuse Cerebral Degeneration | 83 |
| Psychoanalytische Aspekte der diffusen cerebralen Degeneration | 93 |
| Hochschulpsychiatrie / College Psychiatry | 96 |
| Referatenteil / Reviews | 104 |
| Kongress- und andere Nachrichten / Conventions and other News | 111 |
| Mitteilungen des Lehr- und Forschungsinstituts / | 114 |
| Biographische Daten / Biographical Notes | 118 |

Dynamic Psychiatry

The international psychiatric journal for the advancement of the interrelationship between psychiatry and psychoanalysis



Prof. Dr. med. Martin Grotjahn, 65 Jahre (*8. Juli 1904, Berlin).
Psychoanalytischer Pionier, Forscher und Lehrer in der Neuen Welt.

Martin Grotjahn, M. D.

Psychoanalytic Pioneer, Researcher and Teacher in the New World.

Das analytische Gruppenerlebnis im Rahmen der psychotherapeutischen Ausbildung

Martin Grotjahn*

Man hat von drei Phasen gesprochen, welche der Psychiater auf seinem Weg zur Reife durchläuft: Junge Psychiater reden von ihren Fällen; etablierte Psychiater reden vom Geld, wie man es verdienen kann, wie man es sicher investieren kann, wie man es richtig verwenden kann; ältere Analytiker reden über sich selbst. Das ist einer der Gründe dafür, daß ich mich, nach 40 Jahren psychiatrischer und nach 30 Jahren psychoanalytischer Arbeit, mit neuem Interesse der Gruppenpsychotherapie zuwende. Dies ist ein Ergebnis der ständigen Beobachtung und Prüfung meiner Arbeit als Psychotherapeut.

Es gibt einen zweiten Grund für diese Wende, den ich am besten durch eine Anekdote illustrieren kann, die mir einmal ein Freund erzählte, welcher mitanhörte, wie ein älterer Kollege einem anderen großen Lehrmeister unseres Fachs mit einiger Verlegenheit gestand, daß er genug habe von Kontrollen; er habe sich jahrelang bemüht, kleinen Kindern beizubringen, wie man das Wort Katze (cat-C-A-T) buchstabiert, und nach vielen Jahren könnten sie es immer noch nicht. Er war nahe daran, die Geduld zu verlieren und aufzugeben. Viele Jahre lang habe ich analysiert und immer noch haben sie – meine Patienten insgesamt – nicht gelernt zu leben.

Ein dritter Grund für mein Interesse an der Gruppenpsychotherapie stammt aus meiner Tätigkeit als Lehranalytiker. Die Lehranalyse war bisher das Modell für die Ausbildung von Therapeuten. Es ist mein Eindruck, daß wir sie auch als eine Warnung für die Zukunft verstehen sollten. Es sind Fehler gemacht worden, welche beim menschlichen Unterfangen unvermeidlich sind. Wir sollten aus ihnen lernen. Analytische Ausbildung und die Erfahrung, die Analytiker mit der Gruppenpsychotherapie gemacht haben, sollen hier in erster Linie verwendet werden, um die Gruppendynamik in einem besonderen Rahmen aufzuzeigen. Die Dynamik gilt für alle Therapeuten und Teilnehmer jeder analytischen Gruppentherapie. Es soll hier versucht werden, die Gruppendynamik und die Gruppenprozesse in einer hochspezialisierten beispielhaften Situation darzustellen, welchen jedoch allgemeine Gültigkeit zukommt.

Klinisches Material

Es soll über eine vergleichende Studie dreier verschiedener Gruppen berichtet werden: eine Gruppe junger Psychiater, eine Gruppe erfahrener Psychoanalytiker und schließlich mehrere Gruppen von Männern und Frauen in Gruppenpsychotherapie mit und ohne vorhergehende analytische Behandlung, mit und ohne gleichzeitige analytische Einzeltherapie. Es ist beabsichtigt, die Dynamik des Verhaltens und klinische Beobachtungen sowie Variationen der analytischen Technik zu vergleichen. Ich habe nicht vor, Ergebnisse oder Konzeptionen zu vergleichen, und erst recht nicht Dogmen.

* M. D., Beverly Hills, Kalifornien, U.S.A.

Ich hatte die Gelegenheit, die Entwicklung von sechs fähigen jungen Psychiatern während ihrer Ausbildung zu beobachten. Ich sah sie fast drei Jahre lang in Gruppensitzungen, zweimal wöchentlich. Ich hatte den Eindruck, daß sie da viel lernten, vielleicht mehr als sie in der gleichen Zeit in individueller Psychoanalyse gelernt hätten. Unter Lernen verstehe ich: Verständnis und Einsicht in sich selbst, gegenseitig, und ihre bewußte und unbewußte Interaktion. Dieses Lernen wurde gefördert durch Deutung und emotionelle Erfahrung, was ein ehrliches und freies Verhalten in der Gruppe bedeutet. Sie erlebten ihre Beziehung zu mir als einer zentralen Figur wie sie es in einer „Einer-mit-Einem“-Beziehung in der Psychoanalyse erlebt hätten. Sie erlebten auch die gegenseitige Beziehung zueinander, womit die Bedeutung einer Beziehung zu Gleichen in die Lernsituation hineingebracht war. Es entwickelte sich in dieser Gruppe eine dreifache Übertragungsbeziehung: zu mir, jeder zu jedem gegenseitig, und zur Gruppe als einer Mutterfigur. Die Einsicht in die Dynamik der Interaktion, mit Hilfe von Deutung und Reaktion, war überaus wirksam. Damit einher ging die Einsicht in die Psychogenese der Emotion und der Motivation.

Es ist verlockend, diese Gruppe von jungen Ärzten zu vergleichen mit einer Gruppe erfahrener Analytiker, welche alle vor, während und nach ihrer Ausbildung sich langen, wiederholten, anerkannten therapeutisch-didaktischen Analysen unterzogen hatten, welche offiziell „erfolgreich“ beendet wurden. Sie alle stellten mit wachsender analytischer Erfahrung fest, daß die „Einer-mit-Einem“-Beziehung nicht ausreichte, um zu einer befriedigenden und dauerhaften therapeutischen Erfahrung zu kommen. Sie alle hatten gelernt, die „Einer-mit-Einem“-Beziehung zu meistern und taten dies oft im Dienste ihres Widerstandes. Sie hatten gelernt, ihre verschiedenen Analytiker zu nehmen und mit ihnen fertig zu werden, und damit weiteren Fortschritt wirksam zu blockieren. Mit Hilfe der Umstellung von der analytischen Isolierung auf das Gruppenerlebnis und die Beziehung zu Gleichen gelang es, den analytischen Prozeß, den sie in ihren Analysen begonnen und in ihrer Arbeit fortgesetzt hatten, weiterzuführen und zu vertiefen.

Die Arbeit mit diesen Analytikern gab mir Gelegenheit, eine neue Form von Übertragungsphänomenen zu studieren, welche bisher in der analytischen Ausbildung vernachlässigt worden sind. Ich gewann den Eindruck, daß sich in der Gruppe die individuelle Übertragung der Analyse zu einer Familienübertragung entwickelt. Ich lernte sehen, daß das psychoanalytische Institut oder die psychoanalytische Gesellschaft eine Familie von Analytikern darstellt, aber eine nicht-analytierte Familie.

Vor vielen Jahren habe ich mich, nach ausschließlich psychoanalytischer Arbeit, dem größeren Bereich der Familientherapie gewidmet. Als ich dann von der Familientherapie zur analytischen Gruppentherapie übergang, bekam ich Einsicht in die Dynamik der analytischen Familie in der psychoanalytischen Ausbildung.

Mir scheint, daß ein Analytiker für die Analyse eines Analytikers nicht ausreicht. Das ist seit langem bekannt und es sind wiederholte Analysen bei verschiedenen Analytikern empfohlen und versucht worden (L. Kubie). Analytiker lernen, wie sie mit ihren Analytikern fertig werden, und wie sie sie im Dienste ihres Widerstandes entwaffnen können. Es ist meine Erfahrung, daß ein weiterer

Analytiker nicht ausreicht, um diesem Phänomen zu begegnen. Auch wäre kein Freund in der Lage, die Analyse eines Analytikers da fortzuführen, wo die Ausbildung aufhörte. In einer solchen Freundschaft, so wichtig sie auch sein mag, ist zu viel affektive Beziehung, zu viel Entspannung, zu wenig frei zum Ausdruck gebrachte Feindseligkeit, und die Übertragungsphänomene werden nicht genügend durchgearbeitet.

Wir brauchen eine neue Übertragungssituation, welche uns die „Einer-von-uns“-Beziehung bietet. Die gegenseitige Übertragung der Gleichen aufeinander und auf die Gruppe als Mutterimago ist notwendig, damit der Analytiker innerhalb der Familienübertragung analysiert werden kann. Die meisten Analytiker, die in ihrem Beruf älter werden, verlieren die Art von Glauben und Vertrauen auf ihre Kollegen, die sie hatten, als sie als junge Menschen die Analyse begannen und akzeptierten in der Beziehung zu einem älteren Lehranalytiker. Wenn wir alt werden, kommt ein gewisser therapeutischer Skeptizismus über uns. In der „Einer-mit-Einem“-Beziehung wird dieser Skeptizismus besonders stark. Nach meiner Erfahrung ist es leichter, dieses Vertrauen in einer Gruppenbeziehung wiederzubeleben.

Ein bisher übersehener Mangel der psychoanalytischen Ausbildung

In der letzten Zeit ist die psychoanalytische Ausbildung in immer schärferem Maße kritisch beleuchtet worden. Unter den Kritikern sind Francis McLaughlin, Ralph Greenson und Robert Dorn, Lawrence Kubie und viele andere. Dorn hat eine feinfühligere Beschreibung und Zusammenfassung aller bisher beschriebener Schwierigkeiten in der Ausbildung gegeben. Die wachsende Einsicht legt uns das Eingeständnis nahe, daß wir in unserer Ausbildung hauptsächlich in der Therapie, die ja ein Teil der Ausbildung ist, versagt haben. Der klinische Beweis dafür ist bei den meisten Analytikern und in der Pathologie des analytischen Gruppenverhaltens gegeben.

Das alte Problem der negativen Übertragung und der Feindseligkeit in der Lehranalyse ist ein zentraler Streitpunkt geblieben. Es ist nicht nur ein Übertragungsproblem. Es ist auch ein reales Problem. Der Patient möchte ganz real so sein wie sein Analytiker und stellt daher den Großteil seiner Kritik und seiner negativen Übertragung solange zurück, bis er mit seiner Ausbildung fertig ist. In der Regel trifft es ihn dann mit großer Gewalt und führt zu allen Arten von persönlichen Problemen innerhalb des Analytikers und zu manifesten Schwierigkeiten im Umgang mit Analytikern. Der Analytiker trägt seine unaufgelöste Feindseligkeit in die Familie der Analytiker hinein. Eine zweite Analyse hilft da wenig.

Das Problem der Analyse der negativen Übertragung ist auch ein Gegenübertragungsproblem: Väter wollen von ihren lernenden Söhnen, die die Zukunft darstellen, geliebt werden. Daher verhalten sie sich zu ihren Lernanalysanden in ihrem Handeln, in ihrer Einstellung und in ihren Deutungen anders als zur Mehrzahl ihrer anderen Patienten. Lawrence Kubie diskutierte einmal diese Probleme und kam zu dem Eingeständnis, daß die Übertragung nie wirklich aufgelöst wird, besonders nicht in der Lehranalyse. Als Heilmittel denkt er an eine Art von „realer Beziehung“ in der Form einer kontrollierten, diszipli-

nierten Freundschaft von geringer Intensität. Auch empfiehlt er einen zweiten Analytiker, der in der Endphase der Analyse einen besseren Überblick über den auf den ersten Analytiker gerichteten Übertragungsrest haben könnte. Andere Analytiker sprechen von einem „Arbeitsbündnis“ oder von „spontanen Reaktionen“, von denen sie annehmen, daß sie die individuellen Wünsche und Bedürfnisse hinsichtlich einer realen Beziehung zum Analytiker erfüllen.

Nach meiner Erfahrung bietet die Gruppe die gesuchte Hilfe bei der endgültigen Auflösung der negativen Übertragungsbeziehungen. Eine solche Gruppenbeziehung ist jedoch nicht einfach eine Fortsetzung der analytischen Übertragung; sie beruht auf einer Familienübertragung. Es gibt auch noch andere Elemente im analytischen Gruppenerlebnis, die ich für das Wachsen und Reifen des Therapeuten für wesentlich halte. Zum Beispiel kommt in der Gruppe die Feindseligkeit viel freier zum Ausdruck als in der „Einer-mit-Einem“-Beziehung. Die Jüngeren wollen nicht gern die Älteren angreifen, die für sie mehr oder weniger eine Art von beruflichem Ideal darstellen. Die Älteren haben aus Erfahrung gelernt, wie vorsichtig man mit Kollegen sein sollte. Das bedeutet, daß man die Feindseligkeit hinter dem kollegialen Respekt verbirgt. In einer therapeutischen Gruppensituation sind diese Rücksichten unnötig und können gründlich als Abwehrmaßnahmen gedeutet werden. In der Gruppe können die Mitglieder ihre Feindseligkeit frei herausbringen und der Therapeut, oder wie ich ihn lieber nenne: die zentrale Figur, kann frei darauf reagieren. Die Mitglieder fühlen sich ermutigt durch die Tatsache, daß sie nie in ihrer Feindseligkeit isoliert sein werden, da sie wissen, daß die anderen ähnlich fühlen. Andererseits wird die zentrale Figur die Feindseligkeit viel freier akzeptieren können (bevor sie gedeutet wird), weil er weiß, daß nur selten die ganze Gruppe bei der feindseligen Rebellion mitmacht. Die zentrale Figur kann also ihre Feindseligkeit und Gegen-Feindseligkeit in einer Gruppe viel freier zum Ausdruck bringen, da er darauf vertrauen kann, daß die Gruppe notfalls seine Reaktionen kontrolliert.

Die Wiederkehr der nichtanalysierten, verdrängten Familienneurose in der Familie der Analytiker

Die analytische Gruppentherapie macht eine Wiederkehr des verdrängten „Familienromans“ möglich, welcher in der Einzelanalyse nur unvollständig analysiert worden ist. Die Überbleibsel der Familienübertragung werden gewöhnlich in die „analytische Familie“ hineingetragen, welche durch den Klassenraum oder durch Institute oder Gesellschaften vertreten wird. Das analytische Gruppenerlebnis führt dort weiter, wo die analytische Ausbildung aufgehört hat – wie manchmal eine erfolgreiche Ehe dort weiterführt, wo die Analyse aufgehört hat.

Die Lehranalyse befreit den einzelnen Analytiker in der Ausbildung von der Tyrannei seines Unbewußten, während sein „Familienroman“ weitgehend unanalysiert bleibt. Wie kann dieser Mangel durch das Gruppenerlebnis behoben werden? Es wird erreicht durch rein analytische Mittel: Zunächst wird die Übertragung der kindlichen Vergangenheit auf die psychoanalytische Situation im Rahmen der Einzelanalyse bewerkstelligt und dann in einer anderen Weise wiederholt und vertieft durch die Übertragung des „Familienromans“ auf die analytische Gruppentherapie. Dort kann sie erlebt, gedeutet, verstanden und

integriert werden. Sigmund Freud wird dies gewußt haben und die Mittwochabendtreffen können als eine spontan entstandene Familienübertragungssituation angesehen werden. Die Protokolle der frühen Treffen der Wiener Psychoanalytischen Gesellschaft zeigen, daß diese Seminare ursprünglich zum Zwecke des psychoanalytischen Unterrichts eingerichtet wurden. Bald aber nahmen sie den Charakter einer modifizierten therapeutischen Gruppensitzung an.

Die analytische Ausbildung befreit den Lernenden von der Tyrannei seines Unbewußten, aber dann kommt er in Gefahr, von einer dogmatischen Familie verklavt zu werden. Es würde zu nichts führen, wenn man herauszuarbeiten versuchte, ob diese neue analytische Familie wirklich dogmatisch ist oder nicht: Sie wird als dogmatisch erlebt, da sie eine unbewußt motivierte Übertragungssituation darstellt, die der Deutung bedarf. Das analytische Gruppenerlebnis befreit von Autorität und von Dogmen, welche auf neurotische Weise aufgenommen worden sind. Die analytische Familie, welche sich in den Instituten darstellt, ist untersucht worden, zum Beispiel von Clara Thompson, Erich Fromm und von mir selbst. Der klinische Nachweis kann erbracht werden aus der fanatischen Gruppenloyalität in der unanalysierten Familie der Analytiker. Neue Familien werden gegründet – es gibt Väter und Großmütter wie es Könige und Königinnen gibt, Brüder und Schwestern, Alteingesessene und Neulinge.

Das analytische Gruppenerlebnis, wie ich es sehe, gibt dem Therapeuten in seiner Ausbildung und den Analytikern im Institut Gelegenheit, den verdrängten „Familienroman“ zu analysieren. Solche Gruppen machen die Analyse einer kollektiven Familienübertragungsneurose möglich. Dies stellt das „analytische Gruppenerlebnis“ dar. Diese endgültige Integration kann auch ohne Gruppentherapie vor sich gehen. Sie ist jedoch besser und wirksamer und bedeutungsvoller, sozusagen mehr dreidimensional, in der Gruppenpsychotherapie zu erreichen.

Die psychoanalytische Ausbildung erlaubt eine Übertragung eines großen Teils der Familienneurose auf die Familie der Analytiker. Diese Übertragungsphänomene sind am besten in einer Gruppe zu analysieren. Ein solches Gruppenerlebnis könnte der Königsweg sein zu akademischer Freiheit und Demokratie in der Psychoanalyse. Unter diesen Umständen müßte der Lehranalytiker einige seiner Vorrechte aufgeben und sich mit einem Schicksal auseinandersetzen, welches Freud gern für sich selbst annahm, was er beispielhaft in seinem Leben und seinem Werk zur Zeit, als er Totem und Tabu schrieb, gezeigt hat.

Drei verschiedene Übertragungssituationen im Gruppenerlebnis

Es gibt eine dreifache Übertragungssituation innerhalb der analytischen Gruppe. Da ist zunächst sicherlich eine Übertragungsbeziehung zur zentralen Figur der Gruppe, welche annähernd ähnlich gebildet ist wie die Übertragungsbeziehung in der Einzelanalyse. Dann gibt es ebenso eine manchmal sogar noch stärkere Übertragung auf die anderen Mitglieder der Gruppe – auf die Geschwister, seien sie nun älter oder jünger, vom gleichen oder vom anderen Geschlecht. Dann gibt es eine dritte und sehr wichtige Übertragung, welche besonders deutlich in Gruppen von erfahrenen Analytikern zu sehen ist, und zwar ist dies die Übertragung auf die Gruppe als eine Mutterfigur.

Die Dynamik des Gruppenprozesses erleichtert die Einsicht und die Deutung

des verwickelten und komplexen Übertragungsphänomens. Jedes Mitglied der Gruppe ist stets gleichzeitig Teilnehmer und Beobachter, Therapeut und Patient. Es kann jederzeit von einer Rolle zur anderen überwechseln, was neue Einsicht und neuen Zugang zu alten Abwehrmechanismen, wie sie sich in der formalen „Einer-mit-Einem“-Beziehung gebildet haben, ermöglicht.

Übertragungsphänomene in der Gruppe werden nicht verringert oder verdünnt oder verkleinert oder eher für real begründet gehalten oder schnell korrigiert. Alle diese Behauptungen sind teils richtig, teils unrichtig – treffen aber nicht den entscheidenden Punkt. Die Übertragung ist stets verschieden von der Situation der Einzelanalyse, da sie im wesentlichen eine spezifische und eindeutige Familienübertragung mit dem Hauptakzent auf der lebendigen Beziehung zu den gleichgestellten Geschwistern ist. Die Übertragung kann regressiv sein; sie kann auch progressiv sein. Aber sie ist in jedem Falle in Beziehung zum „Familienroman“ zu sehen, welcher auf die Gruppe übertragen wird. Eltern neigen zu der Annahme, daß Kinder immer Kinder bleiben, entsprechend der Überzeugung: „Einmal ein Kind, immer ein Kind“. Dementsprechend neigen Lehranalytiker zu der Annahme, daß Kandidaten immer Kandidaten bleiben (was manchmal zutrifft). Die Gruppenpsychotherapie erleichtert den Entwöhnungsprozeß auf beiden Seiten und in vielen Fällen ist das Gruppenerlebnis wesentlich und notwendig für diese Entwöhnung.

Es ist möglich, daß die Gruppensituation mehr Befriedigung in der Übertragung mit geringerer Gefahr als die formale oder Standardanalyse mit sich bringt. Die Befriedigung muß nicht unbedingt von der zentralen Figur der Gruppe gegeben werden. Ein Mitglied kann von einem anderen Mitglied unterstützt oder akzeptiert werden und von einem weiteren Mitglied angegriffen, korrigiert oder frustriert werden – fast wie es sich im Leben einer Familie abspielen könnte. Die zentrale Figur des Therapeuten kann Zuneigung oder Feindseligkeit in höherem Maße und in spontanerer Art zeigen, da er immer eingedenk ist des korrigierenden Einflusses der Gruppe. Ein überaus wichtiger Punkt: Die Gruppe gewährt Freiheit vom Therapeuten innerhalb des Rahmens der Familie. Sie gibt dem Therapeuten die Möglichkeit, sich viel freier zum Ausdruck zu bringen, weil die gesamte Gruppe den Therapeuten in eine Position bringt, in der er nicht so mächtig ist wie in der Einzeltherapie. Seine Macht wird ersetzt durch den viel flexibleren therapeutischen Druck der Gruppe.

Der Patient in der Psychoanalyse verhält sich wie ein einziges Kind; in einer Gruppe verhält sich der Patient wie ein Mitglied einer Familie, zu der eine Reihe von Kindern gehören. Wie in einer Familie gibt es hier natürliche Wachstums- und Reifungstendenzen, welche einen wirksamen therapeutischen Druck in der Gruppe darstellen.

Es gibt noch andere wichtige Aspekte der Gruppendynamik neben der Familienübertragung. Die Gruppe kann manchmal auch eine in Fragmente aufgelöste Person mit ihrem kollektiven Unbewußten, ihrem Ich und Über-Ich symbolisieren.

Aus meiner Erfahrung mit didaktischen Gruppen

Junge Psychiater neigen dazu, Intellektualisierung als Widerstand zu verwenden. Dies kann in dem anfangs oft gehörten Satz zum Ausdruck kommen: „Wir reden alle wie ein Haufen überkluger Akademiker“. Das Vermeiden der

Intellektualisierung kann zu einer neuen Form von Widerstand führen: Einsichten werden dann nicht mehr klar formuliert, weil sie vor einem Gremium von Experten zu „intellektuell“ klingen könnten.

Psychiater müssen in ihrer Kollegengruppe lernen, wie Fragen durch assoziative Antworten zu ersetzen sind. In der ersten Phase der Gruppenbildung versuchen die Mitglieder ihre Eindrücke und gezielten Deutungen zu untermauern, indem sie nach klinischen Beweisen suchen. Sie merken bald, daß ihre spontane Reaktion wichtiger ist und die richtige Deutung enthält. Sie bekommen schließlich Mut, menschlich zu reagieren, und können die Hemmungen ihres Arztseins überwinden, welches für sie Argwohn gegenüber der Spontaneität bedeutet und sie dazu gebracht hat, ihre Reaktionen sorgfältig zu filtern.

Ich habe von meinen Psychiater- und Psychoanalytiker-Gruppen gelernt, nicht so sehr Mitglieder für Gruppen auszusuchen als vielmehr sie auf das Erlebnis vorzubereiten. Diese Feststellung gilt nicht absolut: In der Vorbereitungszeit kann eine gewisse Auslese notwendig werden, ein Herausnehmen von Leuten, die von der Gruppe nicht profitieren können oder sich als eine Belastung für sie herausstellen könnten.

Die besondere Befriedigung für den Therapeuten, der eine Gruppe analysiert.

Die Arbeit mit Gruppen von Psychiatern oder Psychoanalytikern ist hart, besonders für die zentrale Figur. Sie ist jedoch eine ausgezeichnete Post-graduate-Ausbildung für die Gruppenmitglieder, die zentrale Figur mit eingeschlossen. Der Therapeut muß in Gegenwart von sechs wachen und besonders ausgebildeten Kritikern arbeiten. Manchmal wird daraus fast eine Prüfung wie vor einer Kommission: Jeder, der eine solche Prüfung mitmacht, hat die reinigende Taufe mit dem Feuer der Analyse erlebt. Nur vollkommene Ehrlichkeit und Redlichkeit kann den Therapeuten retten. Besonders der Analytiker, der es sich nur schwer erlauben kann, seine Feindseligkeit (oder seinen Wunsch nach Zärtlichkeit) zu fühlen, wird von einer Gruppe profitieren. Er kann lernen, freier, spontaner und aufgeschlossener zu sein. Dieselbe Gruppe, die ihn exponiert, wird ihn auch schützen, bis er seinen Weg zu einer angemessenen Einstellung gefunden hat.

Jede Psychotherapie, und Gruppenpsychotherapie ist hier keine Ausnahme, ist harte und schwere Arbeit. Zudem sind die Ergebnisse dürftig, und wir können die Menschen nicht vor den Schwächen ihres Menschseins bewahren und davor, daß sie dem Leiden ausgesetzt sind. Man kann vielleicht sagen, daß der Psychoanalytiker in der Analyse in bescheidener Weise sein Bedürfnis nach Intimität in der „Einer-mit-Einem“-Beziehung befriedigt. In der Gruppe befriedigt er sein Bedürfnis nach Teilnahme am langsamen Wachsen und Reifen einer Familiengruppe.

Über die Entwicklung der Gruppen-Interaktion

In der Regel ist die Gruppe am Anfang auf Probleme ausgerichtet, langsam stellt sie sich dann auf Interaktion ein. Während der Übergangszeit wird die emotionelle Kommunikation hergestellt. Die therapeutischen Rollenbestimmungen ändern sich entsprechend dem stets wechselnden Erfordernis und der Entwicklung der Übertragung. Oft ergibt sich eine Gelegenheit für eine genetische Rekonstruktion, in diesem Moment gleicht der Gruppenprozeß dem Verfahren

der individuellen Psychoanalyse. Man könnte auch sagen, daß die Gruppe anfangs um den Therapeuten und später auf die Gruppe zentriert ist.

Zu Beginn meiner Arbeit mit Gruppen hatte ich Schwierigkeiten dadurch, daß ich die Vorgeschichte der Patienten nicht genügend kannte, wodurch eine genetische Deutung sehr erschwert werden konnte. Jetzt verwende ich die Vorbereitungszeit für die Gruppe dazu, dieses Material hervorzuholen. Ich nehme die neuen Mitglieder erst dann in die Gruppe, wenn ich sie und sie mich ziemlich gut kennen. – Ich stellte nun auch fest, daß man nach einer Weile über einen Patienten in der Gruppe viel mehr weiß, als man vorher angenommen hatte. Je mehr Erfahrungen ich sammelte, desto weniger Einzelsitzungen brauchte ich zu meiner Information oder zur Klarstellung. Auch konnte ich beobachten, daß das Bedürfnis nach Einzelsitzungen am größten zu Beginn der Behandlung ist und mit dem Fortschreiten der Gruppe nachläßt. Es gibt gelegentlich Krisen, die einfach mehr Zeit verlangen als die Gruppe bieten kann; dann sind zusätzliche Einzelstunden angezeigt.

Einige spezielle Beobachtungen in der Gruppe der Analytiker

Die Analytikergruppe bietet eine besondere Gelegenheit zum Studium des analytischen Gruppenerlebnisses. Es war die am meisten analytische von allen meinen Gruppen. Erwartungsgemäß war das Analysieren der Gruppenübertragung und des Gruppenwiderstands am meisten produktiv. Die Analytiker sprachen mutiger, offener und leichter über die intimsten Beziehungen, als wenn sie mit mir allein waren. Überwältigende Feindseligkeit mir gegenüber als der zentralen Figur war der Grund dafür, daß ich die Mitarbeit zweier Gruppenmitglieder verlor. Wir konnten keinen Weg finden, sie aus ihrer Wut herauszubringen, und die Gruppe scheiterte bei allen Vermittlungsversuchen. Es gab eine Überfülle von analytischen Deutungen von einem zum anderen, besonders zu Beginn unserer Arbeit. In den meisten Gruppen habe ich einen Ko-Therapeuten, den ich häufig wechsele und dessen Bestimmung nie klar definiert oder angekündigt wird. Die Analytikergruppe war besonders schnell beim Auswechseln des Ko-Therapeuten; jedes Gruppenmitglied kann diese Funktion übernehmen und gelegentlich schien es, daß ich selbst das Objekt der analytischen Interaktion und Deutung war wie jedes andere Gruppenmitglied auch. Nach meiner Erfahrung ist dies ein seltenes, aber prognostisch gutes Zeichen in anderen Gruppen.

Die Rolle der zentralen Figur in dieser Analytikergruppe war besonders aufreibend und anstrengend; sie erlaubte aber auch größere Freiheit, größere Aufgeschlossenheit und Spontaneität. Die zentrale Figur kann hin und her pendeln von der Rolle des Teilnehmers in die Rolle des Beobachters. Jederzeit wird er beobachtet und seine Reaktion, seine Deutung oder sein Verhalten sind ständig Objekt der Deutung (und gelegentlich auch der Fehldeutung). Es ist außerordentlich lehrreich, zwei Analytiker in intimer Interaktion zu beobachten, was der zentralen Figur Gelegenheit gibt, diese Interaktion zu deuten, ohne im Augenblick persönlich in die Übertragung hineingezogen zu sein. Alle Mitglieder stimmten nach mehr als zweijähriger Teilnahme darin überein, daß diese Art von Interaktion mit analytischer Deutung außerhalb der gewohnten „Einer-mit-Einem“-Beziehung der Psychoanalyse von großer analytischer und therapeutischer Wirkung war.

Die Angst vor der Intimität war zeitweise größer als die Angst vor der Feindseligkeit. Beides trug zu dem tiefgreifenden Gefühl der Isolierung bei, was gelegentlich zur Verzweiflung führte. Die Gruppe als die analytische Mutter erlaubte ein therapeutisches Bündnis mit einzelnen Gruppenmitgliedern, was über die Übertragung auf die Person der zentralen Figur hinausging. Häufig konnte die Deutung der unbewußten Motivation irgendeiner Person als Projektion verstanden werden oder konnte zur Vertiefung des Verständnisses der spontanen Interaktion benutzt werden. Der Nutzen dabei war ein mutiges und ehrliches Bemühen, in einer viel freieren und spontaneren Art gegenseitig miteinander und mit der zentralen Figur umzugehen. Alle diese Leute waren keine Freunde – sie waren Kollegen, ausgenommen zwei, deren Ausbruch von Feindseligkeit ihre Freundschaft nicht störte, sondern noch vertiefte. Alle Mitglieder dieser Gruppe wurden bessere Team-Arbeiter im Institut, in der Gesellschaft und in Forschungsprojekten als sie vorher gewesen waren. Einige Analytiker, deren Alter es ihnen fast unmöglich machte, zu anderen Analytikern zu gehen, entwickelten gerade die Art von Mutterübertragung auf die Gruppe, die sie nicht mehr auf eine einzelne Person entwickeln konnten.

Die meisten Teilnehmer vertrauten der Gruppe mehr als jedem einzelnen Analytiker und einige, die besonders lange Analysen hinter sich hatten, enthüllten Material, das in ihren früheren Analysen vollständig oder teilweise zurückgehalten worden war; alte narzißtische Abwehrmechanismen, die man so oft in Lehranalysen sieht, konnten endlich analysiert werden. Die wohlbekannte, zu Abwehrzwecken eingegangene Union zwischen dem Lehranalytiker und seinem Kandidaten, welcher sagt: „Du und ich, wir sind wunderbar – die anderen sind schlecht“, konnte in dieser Gruppe nicht aufrechterhalten werden.

Bei der Arbeit in Gruppen erhält der Narzißmus des Analytikers einen schweren Schlag. Wenn er aus seiner professionellen Isolierung austritt, sieht er, daß er nicht der einzige gute Analytiker ist – wie er andererseits auch merkt, daß er wahrscheinlich nicht mehr Fehler macht als seine Kollegen. Selbst die Beobachtung, daß Leute, die er nicht besonders beachtet hat, in der intimen Interaktion einer Gruppe innerhalb einer Gesellschaft oder eines Institutstreffens ganz anders sind, ist eine lohnende menschliche Erfahrung. Nach dem Gruppenerlebnis mag der Analytiker beurteilt werden, aber eine bescheidene und realistische Haltung tritt an die Stelle seines Narzißmus und macht ihn zu einem besseren Therapeuten.

Dies alles sollte in den Einzelanalysen analysiert worden sein, und manchmal ist es auch analysiert worden. In der Gruppe wird die Chance eines neuen und ständigen Durcharbeitens angeboten und genutzt. Die Einsichten der Analyse bedürfen manchmal des Gruppenerlebnisses, damit sie voll integriert werden können.

Die Arbeit in Analytikergruppen hat mir den begrenzten Wert von Anekdoten gezeigt. Sie mögen wahr und sogar bezeichnend sein, aber sie sind wahr nur, soweit sie gewisse Aspekte veranschaulichen, aber selten die Komplexität der menschlichen Situation.

Geschwätz kann natürlich als eine Form von Widerstand benutzt werden und der Beginn des Gruppenprozesses kann dadurch verzögert werden. Gleichzeitig

kann Geschwätz wie ein Traum oder eine Deckerinnerung oder wie ein Symbol der Wahrheit benutzt werden. In das Gewand einer Phantasie gekleidet kann Geschwätz eine unbewußte Botschaft sowohl verbergen wie auch enthüllen.

Meine Schlußbemerkung

Psychoanalyse schafft Verständnis, das analytische Gruppenerlebnis birgt therapeutische Möglichkeiten, das didaktische Gruppenerlebnis kombiniert beides. Das analytische Gruppenerlebnis in den späteren Stadien des psychoanalytischen Reifungsprozesses ist von großer therapeutischer Wirksamkeit. Das analytische Studium dieser beispielhaften Situation erlaubt Einsichten in den gruppen-therapeutischen Prozeß ganz allgemein.

Literatur

- Anthony, J. (1968): Reflections on Twenty-Five Years of Group Psychotherapy. In: *International Journal of Group Psychotherapy*, Volume 28, pp. 277-301.
- Dorn, R. M.: *Psychoanalysis and Psychoanalytic Education: What Kind of Journey?*
- Flescher, J. (1951): *Dual Therapy and Genetic Psychoanalysis*.
- Friedman, M. (1963): Dialogue and "The Essential We", The Basis of Value in the Philosophy of Martin Buber, Chapter 48. In: *Group Psychotherapy and Group Function*, edited by Max Rosenbaum and Milton Berger (Basic Books, New York).
- Greenson, R. (1965): The Working Alliance and The Transference Neurosis. In: *Psychoanalytic Quarterly*, Volume 34, pp. 34-155.
- Grotjahn, M. (1960): *Psychoanalysis and the Family Neurosis*, (Norton, New York).
- Kubie, L. (1968): Unsolved Problems in the Resolution of the Transference. In: *Psychoanalytic Quarterly*, Volume 37, pp. 331-352.
- Mullan, H. and Rosenbaum, M. (1962): *Group Psychotherapy* (The Free Press of Glencoe).
- Nunberg, H. and Federn, E. (1967): Editors of: *Minutes of the Vienna Psychoanalytic Society, Volume II: 1908-1910*, Translated by M. Nunberg (International University Press, New York), pp. 582.
- Rosenbaum, M. and Berger, M. (1968): Editors of: *Group Psychotherapy and Group Function* (Basic Books, Inc., New York), pp. 690.
- Scheidlinger, S. (1968): The Concept of Regression in Group Psychotherapy. In: *International Journal of Group Psychotherapy*, Volume XVIII, No. 1, pp. 3-20.

The Analytic Group Experiences in Psychotherapeutic Training

Martin Grotjahn

An ever deepening criticism of analytic training has been formulated recently. We have failed mainly in the therapy which is a part of the training. There is the problem of negative transference and hostility in training analysis. It is not just a transference problem, but also a realistic problem. The candidate postpones his critique and his negative transference until he is through with his training. On the other side training analysts will relate differently to their training candidates than to their other patients. A second analysis is of no great advantage. The group offers a help in the final solution of negative transference. Group relation is not simply a continuation of the analytic transference, it is based on a family transference. Analytic group therapy allows the return of the repressed "family romance" which has been incompletely analyzed in individual analysis. The transference situation within the analytic group is three-fold. There is a transference to the therapist (the central figure of the group) which is approximately formed according to the transference in the "one-to-one" rela-

tionship of individual analysis. There is an equally sometimes even stronger transference towards the other members of the group – the siblings. There is a third and very important transference and that is transference to the group as a mother figure. The transference is always different from the individual analytic situation since it is essentially a family transference with the emphasis on the living peer relationship to the siblings. Every member of the group is always a participant and observer, a therapist and a patient. He can at any time change from one role to the other. A member may pick up support or acceptance from one member and attack or frustration from another – as it would happen in the life of a family. The central figure of the therapist can show affection or hostility to a higher degree and more spontaneously since he is always aware of the corrective influence of the group. The group gives freedom from the therapist within the framework of the family. Like in the family there are the natural trends to growth and maturation which constitutes an effective therapeutic group pressure.

Analytic training frees the student from the tyranny of his unconscious and then he is in danger of being enslaved by a dogmatic family. Clinical evidence can be gathered from the fierce group loyalty in the unanalyzed family of analysts. The analytic family is experienced as dogmatic since it is an unconsciously motivated transference situation which is in need of interpretation. The analytic group experience frees from neurotically perceived authority and dogma. It could be the royal road to academic freedom and democracy in psychoanalysis.

There is given a report about a comparative study of three different groups: a group of young psychiatrists, another group of experienced psychoanalysts and several groups of men and women in group psychotherapy. The author saw six young psychiatrists through almost three years of group sessions. He had the impression that they learned much, perhaps even more than they would have learned in the same time in individual psychoanalysis. – Another group was composed of experienced analysts who had all undertaken long, repeated therapeutic didactic analysis. They all realized that the “one to one” relationship was not enough in order to achieve a satisfying and lasting therapeutic experience. The group as the analytic mother allowed a therapeutic alliance with individual members of the group which transcended the transference to the person of the central figure. Most of the men trusted the group more than any individual analyst and they revealed material which had been completely or partially withheld in their previous analysis. The especially analytic interactions between the members of the group and the central figure are described in detail.

A Link between Paediatrics and Child Psychology: Clinical Observations

D. W. Winnicott*

My purpose is to use this special occasion** as an opportunity to direct your attention to the exciting prospect that lies before any young doctor or other worker coming into the field of clinical medicine at the present time.

I wonder what you will be thinking about as I utter these words. You will have all manner of special skills already at your disposal, and you will be thinking in terms of the clinical application of physics, nuclear physics, biochemistry, physiology, biology. You may have already gone so far as to consider the possibility of the transplantation of a dead man's whole body on to a live man's soul. I cannot tell.

For me, I simply mean the opportunity everyone has for original clinical observation.

Such big things happen all around us that we may feel small and insignificant. As I write, someone is playing Beethoven's Emperor piano concerto, and I know as I listen that my tinklings on my piano will not go down to history. Political events overtake us and the facts of economics shape our ends whether we like it or not. Let us not forget, however, the example set us by the great masters of clinical medicine who loved to observe and to record, and who live in our minds and in our affections because of their belief in the value of small details, carefully noted and collated.

Beside me, alongside the radio and Beethoven, I have Henoch's two volumes: Lectures on Children's Diseases. May I ask you to go and read these if you have not already done so? These lectures do not make us feel hopeless because, after all, we are in Henoch's position, involved with people, people who come to us because of illness or distress; and we can use Henoch and Gee and Sydenham and Osler and Tommy Horder as a basis for our own attitude. Each one of us can enjoy writing a sonata or two if we do not achieve the immortal concerto.

I will start from Henoch. But first I must acknowledge the undoubted fact that clinical medicine is a bit over-crowded on the *physical* side – Henoch was lucky in that he had the whole field for his wanderings. Henoch did not even need to distinguish between physical and emotional determinants when ordering the material garnered during his day of clinical involvement.

For you, if you are heavily loaded on the physical side, there has been a century of close observation since Henoch's days. Can there be anything left? I believe there can be. But it is not my job to explore the physical side of the clinical scene.

What I wish to do is to draw attention to the vast uncharted areas awaiting your attention in the area of the psyche half of the psycho-somatic partnership.

* M. D., F. R. C. P., President of the British Psychoanalytical Society, London.

** Catherine Chisholm Memorial Lecture. Friday 24th May, 1968. Manchester, England.

I hope that dedicated somatists who may be present will bear with me as I try to give you a glimpse of the psyche.

We are short of words here. I do not mean to refer specifically to disorders of the split-off intellect. That would take me to academic psychology. The opposite partner of the soma in life's waltz is not the mind. What I refer to is individual emotional development – a subject that has its size equivalent to the size of physiology. I refer to the development of the individual person in the environment, the establishment of the personality, the attainment of a sense of I AM, and of ME and YOU, the building up of a personal inner reality; and I include the unconscious as well as the conscious roots of behaviour. I am considering the long, often painful, often joyful journey towards maturity, and the living of the life of a mature person, an adult in the community, the achievement of socialization without loss of individual integrity (Winnicott 1965).

We take so much for granted, if we are healthy, and why should we not! But as clinicians we may use our health to look at the meaning of health, and at the cost in terms of child care, and we may scrutinize the points of failure of development and examine the organization within the personality of defences against intolerable anxiety.

Now let me return to Henoch, leaving you to read his description of Purpura and all that, and choosing a case that I can follow up with an observation of my own. Here is an extract from Volume 1:

“Thus on 5th January, 1878, a child of one year whom I have already mentioned, who had been perfectly well and in whose family epilepsy was unknown, was brought to me at the poly-clinic. Five months before, the child while sucking had bitten its mother's breast with its two incisors (which were prematurely developed), and, when she screamed violently, at once fell into severe convulsions, its whole body being affected in the fit. These convulsions had since then been repeated four times without any cause and without any tendency to rickets being observable. Such cases cannot but rouse anxiety lest the disease should become habitual and develop into epilepsy.”

You note the baby's bitings and the mother's unpreparedness for this, and her intolerance and violent reaction. This is not only a matter of prematurely developed incisors.

At risk of presumption I give a case out of my 1931 book *Clinical Notes on Disorders of Childhood*.

Case (page 165)

A girl (2463) first attended hospital (in the 1920s) when 6 months old, with moderately severe infective gastro-enteritis. She was the first baby, breast-fed.

At 7 months she was brought again because she began to lie awake, crying. She was sick after food, and did not enjoy the breast feeds. Supplementary feeds had to be given and weaning from the breast was completed in a few weeks.

At 9 months she had a fit, and continued to have occasional fits, usually at 5 a. m., about a quarter of an hour after waking. The fits affected both sides and lasted five minutes.

At 11 months the fits were frequent. The mother found she could prevent individual fits by distracting the child's attention. In one day she had to do this four times. The

child had become nervy, jumping at the least sound. She had one fit in her sleep. In some of the fits she bit her tongue, and in some she was incontinent of urine.

At 1 year she was having four to five a day. It was noticed she would sometimes sit down after a feed, double up and go off. She was given orange juice, then went off. She was put to sit on the floor, and a fit started. One morning she woke and immediately had a fit, then slept; soon she woke again and had another fit. At this time the fits began to be followed by a desire to sleep, but even at this severe stage the mother could often stop a fit in the early stage by distracting the child's attention. I made at the time this note: "Taken on my knees she cries incessantly, but does not show hostility. She pulls my tie about in a careless way as she cries. Given back to her mother she shows no interest in the change and continues to cry, crying more and more pitifully right on through being dressed, and so till carried out of the building." At this time I witnessed a fit, which was marked by tonic and clonic stages and followed by sleep. The child was having four to five a day, and was crying all day, though sleeping at night.

Careful examinations revealed no sign of physical disease. Bromide was given, 3-15 gr. in the day, according to need.

At one consultation I had the child on my knee observing her. She made a furtive attempt to bite my knuckle.* Three days later I had her again on my knee, and waited to see what she would do. She bit my knuckle three times so severely that the skin was nearly torn. She then played at throwing spatulas on the floor incessantly for fifteen minutes. All the time she cried as if really unhappy. Two days later I had her on my knee for half an hour. She had had four convulsions in the intervening two days. At first she cried as usual. She again bit my knuckle very severely, this time without showing guilt feelings, and then played the game of biting and throwing away spatulas; *while on my knee she became able to enjoy play.* After a while she began to finger her toes, and so I had her shoes and socks removed. The result of this was a period of experimentation which absorbed her whole interest. It looked as if she was discovering and proving over and over again, to her great satisfaction, that whereas spatulas (and socks I might have said) can be put to the mouth, thrown away and lost, toes cannot be pulled off.

Four days later the mother came and said that since the last consultation the baby had been "a different child". She had not only had no fits, but had been sleeping well at night - happy all day, taking no bromide. Eleven days later the improvement had been maintained, without medicine; there had been no fits for fourteen days, and the mother asked to be discharged.**

Imagine my happiness when I discovered that Henoch had already been over this territory, which by the way is still awaiting exploration by yourselves. I must impress on you the fact that this was before 1930, and that if you go here now in 1968 you must not only know how to interpret the EEG but also you must be familiar with the theory of the emotional development of the infant, and especially of that part that concerns the arrival of oral sadism on top of what is sometimes called a pre-ambivalent phase in which the destructive potential has not yet become evident. I can tell you that extremely complex theoretical problems present here, but to encourage you I say that the great need is for *your clinical observations*. The psycho-analyst may gain

* This is the link with Henoch's case, where biting is involved.

** 1931: I visited this child one year later and found that since the last consultation she had had no symptom whatever. I found an entirely healthy, happy, intelligent and friendly child, fond of play and free from the common anxieties.

insight into these matters in his therapeutic work, and even an adult patient may tell us what to look for in infancy, but it is you who observe infants who can let us know what makes sense and what makes nonsense. The dichotomy between paediatrics (physical) and child psychiatry is the saddest thing we have to bear in our professional lives.

Now let me go back to the stage of a baby's development, that is, to *absolute dependence*. The baby is newborn, full of genes and genial potential, but not able to realise anything except through the agency of the adaptive environment. At first the environment is the mother who (in health) is identified with her baby to a remarkable degree, that is, for a few weeks before the baby's birth and for some weeks or months afterwards, till she begins to separate off according to the baby's growing need to have her as a separate thing (Winnicott 1958).

Here is an account of a mother's reaction to having her first child. You see her *slow* awakening from a state of career girl to one of what I call maternal preoccupation. Later, having had three other babies, she easily achieved the state that the baby needs, in which all the career aspect has been set aside at least pre tem. (This is one of the difficulties of being a woman.)

Mark's mother

I have always wanted to have children, though the reason seems rather obscure. To say that I love children would be good enough except that my experience of young children was absolutely nil. I had the kind of feeling, though, that unless one had a child one wasn't really "doing one's bit" and I thought that a baby would be like an animal whom I could feed, pet and do with exactly as I wished. I had no conception that having a baby meant really hard work nor that a baby was very much an individual who screamed when things weren't going well and who demanded, or seemed to demand things endlessly.

Then there was all this business about "born mothers". I presumed that I would be able to care for it without any trouble since I presumed that all the knowledge I hadn't got would pop out of a little drawer in my brain as soon as I had given birth. It's rather like the fantasy of being able to sit down at a piano, and play a Chopin étude immediately, and perfectly.

Well, I had a fairly miserable labour, although I was reasonably well looked after and, of course, I was terribly excited about the "end product". When the boy was born, it was about 9 o'clock at night and from 9-10 they left him with me and I just lay there, holding him in my arms, ravenously hungry (I'd not eaten lunch) and deeply moved and excited by him. But from the moment he lay there, alive with wide-open, unblinking eyes, I began to feel frightfully nervous, too. He was so solid, somehow and so much a presence and a person already. When he looked at me he seemed to expect so much of me and it was then I realised that I knew absolutely nothing about babies.

I would like to have given him the breast because I felt it might give me courage and him comfort but no one suggested it and I wasn't sure whether he might not be sick, or have a fit, or something if I did. Well, then they took him away and at midnight gave me a bowl of stale cornflakes with milk but no sugar. I still feel resentful about that! And then, for two days, or maybe it was only one day, I can't remember now, he was cot fed, which meant I couldn't hold him and I didn't see him either. They do this with babies who have had a fairly difficult arrival so that they can sleep a lot and not be disturbed by being lifted out of their cots. So when he was finally wheeled

to my bedside I felt that I had, in some way, failed him already. I longed to hold him and establish relationship with him and I felt that this gap had damaged something.

When I finally breast-fed him I couldn't have enough of him and I loved holding and feeding him and being "at one" with him. This is the best time really because one is not tired by household chores and the conditions that prevail with a newborn baby at home. Otherwise, as you know, it was utterly horrible in hospital but those times with the baby were a little oasis in the day. That part of it could have gone on forever!

Getting home meant that I had lots of other things to do and I resented doing them and began to feel guilty again. I felt that the baby expected me to be there for him and that I had "fallen down" as a mother if I didn't rush to him at the slightest peep. Since I had left hospital after only 5 days, I had to stay in bed anyway, and Mum came to cook so that I could concentrate on the baby. It was a very hot summer and I was getting in and out of bed all the time to attend to him and so developed a frightful cold which made everything uncomfortable since I had to wear a face mask when I fed him! Once again, the only bearable time was when I was feeding him but since it became more and more obvious that he wasn't getting enough from me, I felt inadequate yet again.

To make it more specific, I felt inadequate:

1. Because the milk supply wasn't lasting.
2. He screamed at me and turned away from the empty breast.
3. I never seemed able to make him comfortable and "at peace".
4. I was resentful because he was cross with me and this made me feel more inadequate still.

Well, the tension that was built up became absolutely unbearable. I was always tired and always resentful. We had a daily at that time who used to take him for walks for me and she would take him to Boots and weigh him. She'd always come back from there and say that the people in the shop said how pale he was, even though he appeared to be gaining weight. God knows how. And she, the daily, thought he should be having more to eat. We used to argue about this and I insisted that as he was gaining weight, he *must* be getting enough to eat. I therefore came to the conclusion that the reason he screamed at me was because he hated me. I cannot be specific about why I thought he hated me except that I felt I was making a mess of things generally. I didn't put him on to a bottle because this, again, would have made me feel totally useless. Also, I wanted to build up his immunity and willy-nilly, screaming or not, give him the much talked about contact with the breast.

The relief when he went on to the bottle – at 3 months – was immense. He slept better and became much more contented. But I felt that the damage was done and that he was on the road to ruin. I, therefore, felt that since I was so inadequate as mother, the less I had to do with him the better.

I, in the meantime, was fat, resentful, and felt a complete and utter failure. Whenever I took him for a walk, usually over the weekends, my thighs were so fat that they used to rub together and get terribly sore and I loathed these walks for that reason. Everything ached and was uncomfortable and there was no pleasure in anything. From being a smart, elegant career girl, I had deteriorated into a fat housewife and, on top of this, part of me had opted out as a mother. At home, I did a lot with him. I played with him when he was awake; I showed him picture books from a very early age; we listened to music together. He had a great deal of his father, too.

You will only get true statements like this one if you believe in what you hear.

If you believe what mothers and fathers say you can glean these descriptions of *feelings*. It is feelings that matter. Factual errors can be corrected at leisure. If one looks at this frank statement made (and as it happens written down) by a woman for her own benefit and not for any reasons of propaganda or complaint, one can see how complex is the emotional task for the mother at this stage when she is being changed by the fact of the pregnancy and by giving birth to a child. For this woman, as for many, a reorientation had to be made which included the throwing away, at any rate for the time being, of a very large part of her personality, which had been involved in a career and in what might be called male rather than maternal activities and interests. The time of the pregnancy had not been long enough, and in any case it seems as if she lacked support or had no understanding person to give her confidence when she suddenly found that she was a mother and that she had full responsibility for a life.

This mother's description of her feelings seems to me to highlight certain concepts which I have put forward in terms of primary maternal preoccupation (Winnicott 1958), which is a way of conceptualising the way a mother comes to be able to adapt very fully at the beginning to her baby's needs because of an identification with her baby. This mother achieved this fairly easily in her next pregnancies but not in this one. Here she was bewildered and one can almost say that she did not know how to relate to the baby in that first hour when she was alone with him. The reader feels like saying to the mother "For goodness sake put the baby to the breast and let him look at your face while finding the breast and perhaps using it". The description is given in such a way that the reader is invited to make this comment, but at the time no-one was there to help and the mother felt no clear sense of direction. Indeed she gives the clue a little later on when she amusingly talks about her own tremendous appetite, and one can see that she had it in her to recognise that it was the baby who was in need of a feed, or at any rate in need of a contact with the breast.

Sometimes a study is made of the conflicting feelings of mothers of newborn babies through the study of mothers who become very ill and who perhaps earn the diagnosis puerperal insanity. It is difficult in severe cases to get down to the conflicts which show up quite clearly in a description such as this one where the mother is in a muddle, longing to do what she feels like doing, but fearing to let herself go and to unselfconsciously act. At such a time if there is no-one around who is understanding and supportive then the doctors and nurses tend to feel to be enemies interfering with spontaneous impulses and in a way stealing the child from the mother. In an honest description of feelings like this one there is locked up a great deal of material for discussion which can take the student of neonatal behaviour and of the early maternal functioning a long way towards an understanding of a highly complex group of phenomena. At this stage things go right easily, or else as an alternative they go wrong, and then they go wrong because they have gone wrong, and then a very complex situation arises because of disappointment and resentments and a sense of guilt in the mother.

In this particular case I had the opportunity to see the boy in therapeutic

consultation when he was 8 years old and he was able to describe to me, and in fact to draw, a very frightening dream that he had when he was 3, which was about the time when the next child was at the breast. In this nightmare were reflected the strivings and frustrations that belonged to the unsuccessful part of the early establishment of a relationship between himself as a baby and his mother, this having been manifest clinically during his infancy by a general state of restlessness and dissatisfaction.

It is not my job here to exploit this description of a mother's experience but rather to give what she said as an example of a true statement which can be used for discussion of theory. I claim that a statement like this is true although I know that some of the facts may be wrong and the assessment of other people's attitudes may be biased. This kind of statement is true in essentials, that is to say in regard to the mother's own personal experience.

Now perhaps you would look at something rather different. Here is a tiny detail from the story given to me by the mother of a girl of 7.

Linda

I hope you will understand that these tiny details do not arrive unless one gives the parents the opportunity to take their own time discovering what they feel can be reported in the situation of special trust and confidence which belongs to the professional set-up.

The tiny detail which I choose to report is as follows: Linda is the middle child of five. The mother noticed something when Linda was 10 months old. She felt uncertain of herself when she started to tell me what was in her mind. She and her husband have a very satisfactory marriage and the home is a going concern. When this child was 10 months old the mother went away with her husband because of something important in his job which needed not only that he should visit another country but also that he should if possible be accompanied by his wife. The child was left with the excellent nanny in whom everyone had great confidence, so that the parents had no anxiety about what they were doing and in fact they felt there might be no difference from the child's point of view since the ordinary routine would be kept and the only thing would be that the child would not see her mother for three days. The child was quite used to not seeing her mother for one day.

You can see how carefully this mother was thinking of her children by the fact that when she was away for three days she became very much concerned with what might be happening to this child of 10 months, and she became more and more worried. When she came home she could not wait to see that all was well, so she rushed up to the nursery without taking her hat off. Perhaps all would have been well if she had not been in such a hurry and if she had not been so anxious. As it was, the child froze up. There is nothing more distressing to a mother than this condition in a child who completely loses for the time being all capacity for response. The mother was terribly upset and immediately gave herself over to mending what she knew might be a disaster. She took the child and kept her with her, making no demands but simply waiting, and eventually the child began to relax and then the child and the mother were in contact with each other again. This took many hours or perhaps a day or two to become an established fact, after which it could be said that the mother had mended the harm she had done. From this point onwards the child resumed her development normally except for one thing. *She developed a phobia of women with hats on.* Wherever she was, if a woman appeared in a hat, she would scream to such an extent that the mother took great trouble to avoid this kind of situation. Evidently a woman with a

hat brought to the child this terrible feeling that she had experienced of having no feelings and of being frozen, as the saying is, and of being unable to respond.

Eventually this phobia of women in hats disappeared as a symptom. Nevertheless I can say that in my consultation with the child about other matters, when she was 7 $\frac{1}{2}$, there were many drawings and there were, as if by chance, many women's hats. In this way it can be seen even at 7 $\frac{1}{2}$ years there was the residue built into the child's personality structure of the trauma of the mother's disappearance and sudden return, at ten months, and of the exceedingly painful phase of being frozen or unable to feel feelings.

Now finally one more clinical detail, which illustrates a practical use of theoretical understanding.

Rosamund

The father of a little girl of 20 months wrote and asked me to discuss with him and his wife the illness that they had watched developing in the child. They are thoughtful and thinking people, academics. They told me that they had been able to watch the process by which the symptomatology had developed so that an illness pattern had gradually become manifest. They said that the child had developed irrational fears connected with pot training and that these were getting worse progressively.

I saw the parents once and I did not see the child. I found the parents to be able to discuss their home affairs intimately and freely. The consultation was in January 1967. At the time when Rosamund was 12 months old in March 1966 an au pair girl was employed in the household and she certainly played a part in the determination of the symptom formation. In fact this au pair girl of whom the child was very fond gradually developed into an acute obsessional psychiatric case. She was obsessed with the idea that there was something wrong about the baby's motions and as she felt that these were filthy she changed the napkins as infrequently as possible. Soon she began to be worried about dirt on her hands and the baby began to take over some of the fears. At 13 months the child was having a bath and passed a motion into the water. This caused a very severe disturbance in the au pair girl. It was worse still when at 14 months the child, sitting at table, took a lump of motion out of her clothes with her hand and put it on the table where there was food. The au pair girl had a violent hysterical outbreak and it was not long before she was asked to leave as she had become a severe psychiatric casualty.

At 16 months the child again did a large motion in the bath. The mother was in charge and she deliberately paid no attention, hoping to neutralise the bad effects of the previous episodes. In spite of the mother's attitude the process had started up and the symptomatology of a diffused kind developed.

The next day the child refused to get into her bath. I may say that the parents are not in the least obsessional in type; perhaps they are even opposite to obsessional, and one has to consider the possibility that without knowing it they employed a rather obsessional au pair girl to counter-balance their own ideas of letting nature take its own course and not training a child to cleanliness. In two words, these parents give the impression of being normal parents, but in psychiatric work one has to look out for tendencies of one kind and another even in normal people.

It was now easier to see the illness pattern. The next development was that the child became worried about a whole lot of phenomena that could be said to be symbolical of faeces in the bath. An example was seaweed floating on water. This is often moving, and after a holiday at the seaside she had a well-developed phobia of everything moving on its own account. This included trees moving in the wind, which terrified her, although she could already be helped by an explanation about the existence of wind.

Between September and December (18-20 months) the family went on a journey because of the father's work. There was now a new baby. It interested me that I was told about this new baby in this off-hand way and I believe that the parents were taking some time to gather up courage to deal with this fact of the birth of a new baby after so short an interval. They returned to details later in a consultation.

During this journey the child had repeated panics of a severe kind and always she had to be picked up and reassured. These panics belonged to displaced versions of incontinence as, for instance, when she was playing with a ball and the ball moved *behind* her. The parents accepted at this stage that pot training instituted at the time of the au pair girl was a total failure and should be abandoned. Only once did the child manage to do a deliberate motion. All the other times she just made a mess on the floor without acknowledging the existence of the mess.

May I remind you that this was a happy marriage with the two young parents well settled in academic life and very much wanting this child and the next one. The pregnancy and the birth had been easy and the child had been breast fed at first. It now emerged in consultation how it was that the au pair girl came on the scenes. She was brought in to help three months before a new baby was expected. In other words, the mother had conceived again when the child was 3-4 months old. In this way I learned that Rosamund had a brother. Her brother was born when she was 14 months old and the symptomatology that I described had developed around about this time. She was never jealous of the boy and accepted him easily, except at the very beginning. Rather she was in need of a constant reassurance about the baby and one of her most frequent remarks would be: "Where's the baby?" It should be added that micturition had very seldom been deliberate and, like the motions, it was still something that just happened in the napkins. At the time of the birth, when Rosamund was 14 months old, the mother was two days in hospital, but the father was constantly looking after her and she seemed to need him to be in sight the whole time that she was awake. It could be said that she had rather a gay personality with a good ear for music and plenty of play in her. She was obviously highly intelligent. Life at the time of the consultation was a happy one in the family except that it was spoiled all the time by the child's fear of anything moving which produced panics of a severe kind that needed immediate attention.

The question now was, what could be done? Would it be possible to give advice to these parents who were obviously doing everything as well as could possibly be done? It will be understood that when I come to a practical problem like this I bring to the problem not only the summation of a long experience of the psychotherapy of children, but also theoretical structure. This is exactly comparable to the way in which if you were vaccinating a child or arranging for the management of a suspected intersusception you would bring to the case all that you know and take for granted about anatomy and physiology and physics and biochemistry. It was fairly clear to me that taking everything into consideration this child had probably been given as much information as she could take in regard to the question of where babies come from, but that she had been denied some of the infantile and early childhood play or fantasy about babies.

Before children are able to use exact information about the origin of babies

they have their own theories, although of course these theories may not have been formulated in the mind or in an intellectual way on the basis of verbalization. I had to speculate in the way that I am describing and make a test. I therefore asked the question: "Is she interested in tummies?" The idea in my mind, based on a very considerable experience, was that this child was at a stage in which what comes out of the body is related to what goes in. In other words, babies that come out of mothers started with the mothers' appetite and with their eating and the fantasies that go with eating. From observation of a direct kind as well as by theoretical reformulations we know that little children from 9-10 months onwards appreciate the relationship between intake and output, and on the basis of this they become interested in the unknown or mystical experiences that join ingestion and excretion.

This child might have lost the ability to make the connection between eating and defaecation and I felt I must know, and for this reason I gave the mother a chance to contribute. As it turned out, the parents were astonished that I should ask this question because, as they went on to tell me, the child was "preoccupied with bellies". They described the way in which she was constantly showing her own tummy with pride and she had an oft-repeated game in which she would do a kind of strip-tease, saying "Jacket"; and then lifting that up - "Skirt"; and then "Tummy", going in from layer to layer. In the same way she had a compulsive interest in her mother's tummy, and the mother allowed this. The mother was able to say that she expected Rosamund to be interested in her breasts, but her interest in breasts was not in any way comparable to her interest in tummies. As a further detail the mother was able to tell me that Rosamund would always become very upset if the baby vomited. Even if the baby seemed to be liable to be sick she would be alarmed and warn the parents.

I now had confirmation of the theory that I had formed in my mind about this child, although (as the father described when he was explaining why he was worried about her state) the symptomatology had seemed to be spreading out. The illness would have as its centre the threat of a loss of connection between eating and defaecation, and the obsession with tummies would therefore be an important link remaining, one which could possibly be used in therapy. The child had become worried about all kinds of displacements of the idea of faeces, such as mud on shoes and dirt on fingers, and she was beginning to be frightened of anything that looked at all like what she called 'pluff' on the floor. In other words, she was beginning an illness in which faeces had no meaning except the getting rid of bad things or else perhaps had no meaning at all, as was evidenced by her incontinence, which she seemed to be no longer able to own up to, so that she was completely unconcerned about her own faeces on the floor of the nursery.

The environmental situation, and especially the illness of the au pair girl, had played into her own tendency to lose the essential connection between intake and output. My job would therefore be to reinforce what remained of her ability to retain this connection. You will see that what she had lost was the ability to think that something good could be formed in the inside in this time interval between ingestion and excretion. These are matters which concern

small children deeply, so that they become specialists in this little area of life and living.

I have had to introduce a certain amount of theory here in order to explain what I did to help these parents in the management of the child. I would like to add that playing with her doll she was doing a great deal of strict toilet training, and was satisfied when she was able to use the word dry after examining the doll's bottom. In this way she was imitating the au pair girl. There was also a certain amount of identification with the baby brother so that she wanted to be like him in the feeding situation.

I must leave out the various ways in which this child's development was going well, although these were important details because they encouraged me to think that there was some simple procedure which would alter the pattern which was rapidly becoming a pathological one.

Having summed up the parents as rather normal people who would probably not have had this ill child if it had not been for the au pair girl, who was badly chosen, I decided to give them an idea. I now want to tell you what I said to the parents, but I want to make it clear first that I only give advice very reluctantly. I said: "Next time the child gives you the opportunity, showing an interest in her own and her mummy's tummy, give her in words that she would understand describing what she knows already in a non-verbal way. Say to her: "The inside where babies are made out of what you eat." You will perhaps be able to see that I wanted the parents to say this thing which, as it seemed to me, they had missed out, which had to do with a very early childhood form of knowledge, something which gives a positive value to inside things and happenings and which even makes sense of constipation, which at this stage is a pregnancy.

I made notes of all these things and the parents went away, thinking perhaps that they had consulted someone with funny ideas but they had certainly listened, and I knew that they would try to find a natural way of taking my advice even if only as an experiment. I suggested that they should not rush at this thing but should wait until they might either come to accept my idea or reject it.

There is a sequel to this story, because the parents quite soon found an opportunity and did what I had suggested. In a letter the father wrote that Rosamund "received the explanation with great interest, and returned to the subject on her own several times in the following two days. She also seemed to become rather *bashful* about her own tummy (instead of exhibitionistic) as if she now understood that it had two differing important functions."

In the letter the father went on to say "Whatever went on in her mind her behaviour changed with dramatic suddenness. All her symptoms disappeared instantly and they have not returned." He wrote this after ten days and he has been good enough to keep me informed so that I know that the change was a lasting one.

Following on this, Rosamund's development went ahead in a straightforward way and the parents have almost forgotten that there was ever any trouble. It is rather interesting that Rosamund's attitude to her little brother changed at the same time. The main thing was that she became for the first time *jealous* of him in the rather normal way that was absent before. "Jealousy had been

unnaturally absent" as the father observed. In other words she had been traumatized by the confusion around the idea of the pregnancy which she had not been able to understand in her own terms and the lack of jealousy of her brother had been a symptom of her inability to think of him as truly her brother.

Later the mother was able to write me outside the astonishment which she shared with her husband at the dramatic change in the child and she was able to report residual symptomatology, all of which really made Rosamund into a child more like other children. As can be imagined, the parents were very willing to postpone all efforts at Rosamund's toilet training, because these matters seemed to be unimportant as compared with the phobias and compulsions which had so dramatically disappeared.

I have chosen to give you two examples of the simplest possible variety, of the kind that you can collect yourselves in your clinical work, day by day, in the hope that you will not think that these matters are for psycho-analysts only. Indeed they belong specifically to your position in the medical field. I hope that I have also indicated that there is a great deal that can be learned in the field of theory, and if you wish to write concertos, then you must collect information, become proficient in specialised techniques, and acquire some wisdom; and all these things take time.

Literatur

Henoch, E. (1889): Lectures on Children's Diseases. Vol. 1. The New Sydenham Society, London.

Winnicott, D. W. (1931): Clinical Notes on Disorders of Childhood. Heinemann. (Now out of print.)

— (1958): Collected Papers: Through Paediatrics to Psychoanalysis. Tavistock Publications, London.

— (1965): The Maturation Processes and the Facilitating Environment. International Psycho-Analytical Library and the Hogarth Press, London.

Eine Verbindung zwischen Kinderheilkunde und Kinderpsychologie: Klinische Betrachtungen

D. W. Winnicott

Der Autor erinnert an die Möglichkeiten der direkten klinischen Beobachtung, die jedem im ärztlichen Beruf Tätigen offenstehen. Er bedauert die Aufspaltung in organisch orientierte Pädiatrie und Kinderpsychiatrie, wobei die organische Seite überbetont ist und die psychischen Phänomene im allgemeinen nicht beachtet werden. Ein weites, zum großen Teil noch unerschlossenes Beobachtungsgebiet liegt vor uns. — „Der Partner des Körpers im Lebensprozeß ist nicht der Geist“, er ist vielmehr in der individuellen emotionalen Entwicklung zu suchen, einem Bereich, der in seiner Größe dem der Physiologie entspricht. Gemeint ist damit die Entwicklung der individuellen Person in ihrer Umgebung, der Aufbau der Persönlichkeit, das Gewinnen eines Begriffs von „Ich bin“ und von „Ich“ und „Du“, der Aufbau einer persönlichen inneren Realität. Mitgehalten sind darin die unbewußten wie die bewußten Wurzeln des Verhaltens. Zu denken ist an die lange, oft schmerzhaft, oft beglückende Entwicklung zur Reife, zur Lebensführung eines reifen, erwachsenen Menschen in der Gemeinschaft, zu einer sozialen Einordnung ohne Verlust der individuellen Integrität.

Der Autor zitiert eine Darstellung aus „Henoch's Lectures on Children's Diseases“ aus dem Jahre 1889, in der von einem einjährigen Kind berichtet wird, das seine Mutter

in die Brust gebissen hatte, welche heftig und ohne Verständnis darauf reagierte. Später hatte das Kind epileptische Anfälle. Dem wird eine eigene Beobachtung zur Seite gestellt: Ein einjähriges Mädchen hatte seit seinem 9. Monat epileptische Anfälle. Sie wurde vom Untersucher mehrmals gesehen und saß dabei jeweils auf seinen Knien. Dabei schrie sie ohne Unterbrechung, biß ihn heftig in die Finger und warf ständig Spatel auf den Boden. Allmählich fand sie Gefallen an dem Spiel des Beißen und Wegwerfens. Sie begann an ihren Zehen herumzufingern und entdeckte zu ihrer großen Befriedigung, daß die Zehen im Gegensatz zu den Spateln nicht weggeworfen werden konnten. Seitdem traten keine Anfälle mehr auf und das Kind blieb vollkommen symptomfrei. – Hier ist zum Verständnis nicht nur eine Kenntnis des EEG's, sondern auch eine Theorie der emotionalen Entwicklung des Kindes erforderlich, und zwar des Teils, der vom Einsetzen des oralen Sadismus zu Beginn der präambivalenten Phase, in der das destruktive Potential noch nicht in Erscheinung getreten ist, handelt.

Ein neugeborenes Kind ist absolut abhängig. Es kann nichts ohne die Mithilfe seiner adaptiven Umgebung erfassen. Zunächst ist die Umgebung die Mutter, die, wenn sie gesund ist, weitgehend mit ihrem Kind identifiziert ist, einige Wochen vor und einige Wochen nach der Geburt, bis sie anfängt, sich vom Kind zu lösen, entsprechend dem wachsenden Bedürfnis des Kindes, sie getrennt von sich selbst zu erleben. – Eine Mutter gibt einen anschaulichen spontanen Bericht über die Schwierigkeiten, die sie beim Umgang mit ihrem erstgeborenen Sohn hatte. Die Umstellung vom Beruf auf die Mutterschaft war ihr schwergefallen. Sie hatte sich zwar Kinder gewünscht, sich diese aber wie kleine Tiere vorgestellt und nicht als fordernde und nicht leicht zu befriedigende Individuen. Sie hatte geglaubt, daß sie zu gegebener Zeit ohne weiteres über das notwendige Wissen werde verfügen können. Daß sie überhaupt nichts von kleinen Kindern wußte, merkte sie erste, als ihr Sohn mit weit geöffneten Augen, anscheinend voller Erwartung, schon eine richtige Person, neben ihr lag. Er wurde ihr für zwei Tage genommen, und als sie ihn wiederbekam, fühlte sie, daß sie ihn irgendwie verfehlt hatte. Zu Hause hatte sie viele andere Dinge zu tun, sie hatte das Gefühl, ihm nicht genug geben zu können, weil nicht ständig Milch kam, weil er dann schrie und sich von der leeren Brust abwandte, weil sie es ihm nicht recht machen konnte. Eine Hilfe, die mit dem Kind spazierenging, berichtete, daß den Leuten die Blässe des Kindes aufgefallen war. Sie meinte, das Kind bekomme zu wenig zu essen. Die Mutter argumentierte, die Nahrung müsse ausreichend sein, da er ja zunehme an Gewicht. Schließlich war sie überzeugt, daß er nur schrie, weil er sie haßte. Sie war erleichtert, als er die Flasche bekam. Er schlief besser und war zufriedener. Sie dachte, je weniger er mit mir, einer so schlechten Mutter, zu tun hat, um so besser. Sie kam sich wie ein vollkommener Versager vor. – Man kann hier sehen, was für einer komplexen emotionalen Aufgabe eine Mutter sich gegenüber sieht. Diese Mutter mußte einen großen Teil ihrer Persönlichkeit, welcher mit dem Beruf und männlichen Tätigkeiten und Interessen befaßt war, auf die Seite stellen. Die Schwangerschaft war nicht lang genug für die Umstellung gewesen, und sie scheint keine Unterstützung oder Verständnis bei andern Menschen gehabt zu haben, was ihr Vertrauen in ihre Rolle als Mutter hätte geben können. – Man kann von einer primären mütterlichen Zuwendung (primary maternal preoccupation) sprechen, welche es ihr ermöglicht, sich anfangs voll und ganz an die Bedürfnisse des Kindes anzupassen, auf dem Wege einer Identifizierung mit dem Kind. Diese Einstellung gelang der hier erwähnten Mutter erst in den folgenden Schwangerschaften. Erst später merkte sie, daß ihr eigener heftiger Appetit, den sie kurz nach der Entbindung hatte, eigentlich auf ihre Erwartung des kindlichen Appetits zu beziehen war. – Manchmal kann man die gegensätzlichen Gefühle von Müttern neugeborener Kinder an Müttern mit Wochenbettpsychosen beobachten, hier ist der Konflikt aber meist nicht so klar herauszuarbeiten wie in dem erwähnten Fall. In einer ehrlichen Beschreibung von Gefühlen wie in diesem Fall kann reichhaltiges Material freigelegt werden, welches dem Beobachter des neonatalen Verhaltens und der frühen Einstellung

der Mutter weiterhilft beim Verständnis einer Reihe hochkomplexer Phänomene. – Das erwähnte Kind wurde vom Autor im Alter von 8 Jahren noch einmal gesehen. Es konnte jetzt einen Angsttraum erzählen, den es im Alter von 3 Jahren hatte, etwa zu der Zeit, in der das nächste Kind gestillt wurde. In diesem Traum traten die Strebungen und Frustrationen in Erscheinung, die mit der teilweise mißlungenen Errichtung einer frühen Beziehung zwischen ihm und seiner Mutter zusammenhingen. Klinisch hatte sich dies in einer allgemeinen Unruhe und Unzufriedenheit geäußert.

Es wird weiter von einem 10 Monate alten Mädchen berichtet, dem mittleren von 5 Kindern. Die Eltern führten eine befriedigende Ehe. Der Vater mußte auf eine aus Berufsgründen notwendige Reise die Mutter mitnehmen, und das Kind wurde einem tüchtigen Kindermädchen überlassen, zu welchem die Eltern volles Vertrauen hatten. Das Kind war daran gewöhnt, die Mutter für einen Tag nicht zu sehen, die Reise der Eltern dauerte drei Tage. Unterwegs machte sich die Mutter große Sorgen um das Wohlergehen des Kindes. Bei der Rückkehr war sie so ängstlich und unruhig, daß sie in überstürzter Eile in das Kinderzimmer lief, ohne den Hut abzunehmen. Das Kind war erstarrt und zeigte keine Reaktion auf die Mutter. Die Mutter war entsetzt und begann sofort mit dem Versuch, das Unglück wiedergutzumachen. Sie nahm das Kind an sich und behielt es in ihrer Nähe, einfach wartend, ohne Forderungen zu stellen. Erst nach vielen Stunden bzw. nach ein bis zwei Tagen stellte sich der Kontakt wieder her. Die weitere Entwicklung des Kindes war normal, aber es entwickelte eine Phobie vor Frauen, die einen Hut trugen. Wenn das Kind eine Frau mit Hut sah, schrie es heftig, und die Mutter hatte große Mühe, solche Situationen zu vermeiden. Offensichtlich führte eine Frau mit Hut eine Wiederbelebung des schrecklichen Gefühls der Erstarrung und der Unfähigkeit zu reagieren herbei. Der Autor sah das Kind noch einmal, als es 7½ Jahre alt war. In seinen Zeichnungen kamen auffällig viel Frauen mit Hüten vor. Das Trauma des Verschwindens der Mutter und ihrer plötzlichen Rückkehr hatte offensichtlich einen Rückstand in der Persönlichkeitsstruktur des Kindes hinterlassen.

Die letzte Darstellung handelt von einem 20 Monate alten Mädchen. Die Eltern waren umsichtige und überlegende Leute. Sie berichteten, daß sie die allmähliche Entwicklung der Symptomatik hatten genau beobachten können. Das Kind hatte irrationale Ängste im Zusammenhang mit der Sauberkeitsgewöhnung entwickelt. Als das Kind 12 Monate alt war, hatte man im Haushalt ein au-pair-Mädchen, das von dem Kind sehr geliebt wurde. Das Mädchen entwickelte allmählich eine akute Zwangssymptomatik. Sie war von der Idee besessen, daß etwas mit dem Stuhlgang des Kindes nicht in Ordnung sei, und da sie meinte, daß der Stuhl schmutzig sei, wechselte sie die Windeln so selten wie möglich. Sie machte sich Sorgen wegen des Schmutzes an ihren Händen und das Kind übernahm ihre Ängste. Als das Kind beim Baden Stuhl ins Wasser machte, wurde das Mädchen ganz verstört, und als es schließlich einen Klumpen Stuhl aus den Kleidern nahm und auf den gedeckten Tisch legte, bekam das Mädchen einen hysterischen Anfall, sie entwickelte eine schwere psychiatrische Symptomatik und mußte entlassen werden.

Im Alter von 16 Monaten machte das Kind einen großen Stuhl in die Badewanne. Die Mutter beachtete es absichtlich nicht. Aber am nächsten Tag weigerte sich das Kind, in die Badewanne zu gehen. Es war beunruhigt über eine ganze Reihe von Erscheinungen, die man als Symbole für Faezes in der Badewanne ansehen kann. Ein Beispiel war Seegrass, welches auf dem Wasser trieb. Nach einem Urlaub an der See hatte sie eine voll entwickelte Phobie vor Dingen, die sich von selbst bewegen. Das bezog sich auch auf Bäume, die sich im Wind bewegten. Zwischen dem 18. und 20. Monat machte die Familie aus beruflichen Gründen des Vaters eine Reise. Ein zweites Kind war geboren. Auf der Reise hatte das Kind panische Angstzustände, die sich auf eine verschobene Form von Inkontinenz bezogen, wenn es zum Beispiel mit einem Ball spielte und der Ball sich hinter ihr bewegte. Die Eltern fanden sich damit ab, daß die Sauberkeitsgewöhnung, welche zur Zeit des au-pair-Mädchens begonnen worden war, ein Fehlschlag war und aufgegeben werden mußte. Nur ein einziges Mal schaffte es das

Kind, einen Stuhl absichtlich zu machen. Sonst machte es auf den Boden, ohne den Stuhl zu beachten. – Es ergab sich, daß das au-pair-Mädchen 3 Monate vor Geburt des zweiten Kindes angestellt worden war. Das zweite Kind, ein Bruder, wurde geboren, als das kleine Mädchen 14 Monate alt war. Die Symptomatik hatte sich zu dieser Zeit entwickelt. Sie war nie eifersüchtig auf den Jungen, sondern mußte sich vielmehr des Bruders ständig versichern. Ihre häufigste Frage war: „Wo ist das Baby?“

Was war zu tun? Wenn man vor einem praktischen Problem steht, benötigt man ein theoretisches Konzept, wie in jedem anderen Bereich der Medizin. Es war klar, daß das Kind soviel Information über die Frage, woher die Kinder kommen, erhalten hatte, wie es annehmen konnte, daß sie aber die kindlichen Spiele und Phantasien über Babies verleugnete. Bevor Kinder Informationen über die Herkunft der Kinder verwerten können, haben sie ihre eigenen Theorien, wenn diese auch nicht formuliert oder verbalisiert werden. Dieses Kind nun war auf einer Entwicklungsstufe, auf der alles, was aus dem Körper herauskommt, in Beziehung gesetzt wird, zu dem, was in ihn hineingeht. Mit anderen Worten: Neugeborene beginnen mit dem Appetit und dem Essen der Mütter und den Phantasien über das Essen. Vom 9. bis 10. Monat an sehen die Kinder die Beziehung zwischen Aufnahme und Ausscheidung, und sie interessieren sich für die unbekannteren oder mystischen Erfahrungen, die Essen und Ausscheidung in Zusammenhang bringen.

Es war denkbar, daß dieses Kind die Fähigkeit verloren hatte, eine Verbindung zwischen Essen und Defäkation herzustellen. Die Eltern wurden daher gefragt, ob das Kind besonders an Bäuchen interessiert sei. Die erstaunten Eltern mußten die Frage bejahen und berichteten, wie sie ständig ihren eigenen Bauch stolz vorzeigte, wie sie mit dem Bauch eine Art Strip-tease machte, und wie sie ein zwanghaftes Interesse am Bauch der Mutter entwickelt hatte. Auch war sie stets beunruhigt, wenn der kleine Bruder erbrach. Sie alarmierte die Eltern, wenn sie vermutete, daß das Baby krank werden könnte.

Die Krankheit hatte zum Kern den drohenden Verlust der Verbindung zwischen Essen und Ausscheidung. Die zwanghafte Beschäftigung mit Bäuchen war ein wichtiges übriggebliebenes Bindeglied, welches therapeutisch benutzt werden konnte. Das Kind war beunruhigt durch seine verschobenen Vorstellungen von Faezes, die es zum Beispiel als Schmutz an Schuhen oder Fingern wiedererkannte. Dabei hatte die Umgebung, insbesondere die Krankheit des au-pair-Mädchens, eine wesentliche Rolle gespielt.

Es kam nun darauf an, sie in ihrer Fähigkeit, die Verbindung zwischen Einnahme und Ausscheidung wiederherzustellen, zu stärken. Sie hatte ja die Überzeugung verloren, daß etwas Gutes zwischen Essen und Ausscheidung im Bauch entstehen könnte. Den Eltern wurde gesagt, sie sollten dem Kind bei passender Gelegenheit, wenn sie ihr Interesse an ihrem eigenen und dem Bauch der Mutter zeigt, mit Worten, die sie verstehen kann, sagen, was sie schon in nicht-verbaler Form wußte: „Da drinnen werden Kinder gemacht aus dem, was Du isst.“ Die Eltern taten, wie ihnen vorgeschlagen wurde. Der Vater schrieb, sie habe die Erklärung mit großem Interesse aufgenommen. Sie kam in den folgenden Tagen mehrere Male auf das Thema zu sprechen. Sie schämte sich auf einmal ihres Bauches. Ihr Verhalten änderte sich sofort in dramatischer Weise. Die Symptome verschwanden und kamen nie wieder. Auch ihr Verhalten zum Bruder änderte sich. Sie wurde auf den Bruder in normaler Weise eifersüchtig. Die Eifersucht hatte vorher gefehlt. Erst jetzt konnte sie ihn als Bruder anerkennen, nachdem ihre Verwirrung über den Zusammenhang zwischen Essen und Ausscheidung, zwischen dem dicken Bauch der Mutter und der Geburt des Bruders behoben war. Zum Schluß betont der Autor, daß man nicht Psychoanalytiker sein muß, um ähnliche Beobachtungen tagtäglich machen zu können.

Author's address: Dr. D. W. Winnicott F. R. C. P., 87 Chester Square, London, S. W. 1. England

Psychoanalyse und Psychotherapie

Ernst Ticho*

Ich habe dieses Thema gewählt, weil ich einen beträchtlichen Teil meiner Zeit darauf verwende, innerhalb unseres „Psychotherapy Service“ Psychotherapie und Psychoanalyse anzuordnen. Ich möchte zuerst über die allgemeinen Unterschiede zwischen Psychotherapie und Psychoanalyse sprechen und dann einige Bemerkungen über die Auswahl von Psychoanalyse-Fällen hinzufügen.

Der alte Streit zwischen jenen, die meinen, es gäbe keinen Unterschied zwischen Psychotherapie und Psychoanalyse und jenen, die glauben, es gebe nur eine einzige echte Form der Psychotherapie – nämlich die Psychoanalyse – und das, was wir Psychotherapie nennen, sei nur eine erzieherische Prozedur – dieser Streit scheint langsam abzuklingen. Wenn wir von der Psychoanalyse eines Patienten mit starker Regression lesen, entdecken wir oft bei der sorgfältigen Betrachtung der therapeutischen Maßnahmen, daß der Autor eigentlich von stützender (suppressiver) oder expressiv-stützender Psychotherapie spricht. Dasselbe kann man von dem „sich weitenden Horizont der Psychoanalyse“ sagen. Viele der Falldarstellungen klingen wie Psychotherapie auf der Couch, und der Unterschied scheint oft nur ein semantischer zu sein. Die heute vorherrschende Meinung scheint ein Kontinuum zwischen den Extremen stützende Psychotherapie auf der einen Seite und Psychoanalyse auf der anderen Seite zu akzeptieren.

Das Konzept eines Kontinuums ist natürlich vereinfacht, aber es ist hilfreich, weil wir dadurch angeben können, wo die Psychotherapie beginnt, und gleichzeitig, wie weit und in welche Richtung sie voranschreitet. Wir sollten Psychotherapie stets als etwas Voranschreitendes betrachten, und ich glaube, die generelle Richtung dieses Voranschreitens läuft auf das psychoanalytische Ende des Spektrums zu. Expressive Psychotherapie liegt irgendwo in der Mitte zwischen den Extremen des Kontinuums – in den meisten Fällen mehr zur Psychoanalyse als zu stützender (suppressiver) Psychotherapie hin.

Gills (1954) Definition der Psychoanalyse ist ein Ausgangspunkt: „Psychoanalyse ist die Technik, welche, von einem neutralen Analytiker angewandt, in der Entwicklung der regressiven Übertragungs-Neurose und der endgültigen Auflösung dieser Neurose allein durch Techniken der Interpretation resultiert (und sie sichtbar macht).“ Hier sehen wir uns bereits drei höchst bedeutsamen Unterschieden zwischen Psychoanalyse und Psychotherapie gegenüber: (a) die Übertragungs-Neurose, (b) die Neutralität des Analytikers und (c) Interpretation zusammen mit Klarstellung und Konfrontation als einzige psychoanalytische Interventionen.

Der wichtigste Unterschied zwischen Psychoanalyse und Psychotherapie ist die Tatsache, daß die Psychoanalyse dazu bestimmt ist, die *Übertragungs-Neurose* sichtbar zu machen. Die Übertragungs-Neurose ist eine intensive Übertragung,

* Ph. D., Chef des Psychotherapy Service der Menninger Foundation. Lehranalytiker am Topeka Psychoanalytic Institute und Dozent für Psychotherapie an der Menninger School of Psychiatry.

in welcher sämtliche infantilen Konflikte des Patienten auf die Person des Analytikers zentriert werden. Es ist dies ein massives, alles einschließendes Übertragungs-Phänomen. In der Psychotherapie ist unser Ziel nicht die alles einschließende Übertragungs-Neurose, sondern die Arbeit mit der Übertragung. Bei einem Patienten, dessen Ich gut abwehrt, können wir verdrängte Kindheitskonflikte nur durch die Übertragungs-Neurose deutlich machen. In der psychotherapeutischen Behandlung werden nicht alle Beziehungen des Patienten mit wesentlichen Personen der Vergangenheit deutlich gemacht. Übertragungen auf außenstehende Personen können unberührt bleiben. Ganz allgemein könnte man sagen, daß in der Psychotherapie mehr Nachdruck auf die Beziehung des Patienten zur Außenwelt und auf seine aktuelle Lebenssituation gelegt wird, als das jemals in der Psychoanalyse der Fall wäre.

Das Werkzeug der Analyse – die Couch, freie Assoziationen, Deutungen von Träumen und Phantasien, Betonung infantilen Materials, häufige Analysestunden – dies alles zielt bewußt darauf hin, Regression zu erleichtern und die Übertragungs-Neurose hervorzurufen. Es sind dies keine hohlen Rituale (wie sie manchmal kritisch bezeichnet werden), sondern sie können nur im Zusammenhang mit der Hervorrufung der Übertragungs-Neurose verstanden werden.

Wir werden oft nach dem Unterschied zwischen Übertragungs-Neurose und Übertragungen gefragt. Ich glaube, ein gutes Beispiel kann aus Freuds *Traumdeutung* (1900) entnommen werden. Er sagt dort:

„Ich habe schon erzählt, daß meine warmen Freundschaften wie meine Feindschaften mit Gleichalterigen auf meinen Kinderverkehr mit einem um ein Jahr älteren Neffen zurückgehen, in dem er der Überlegene war, ich mich frühzeitig zur Wehre setzen lernte, wir unzertrennlich miteinander lebten und einander liebten, dazwischen, wie Mitteilungen älterer Personen bezeugen, uns rauchten und – *verklagten*.“

„Ein intimer Freund und ein gehaßter Feind waren mir immer notwendige Erfordernisse meines Gefühlslebens; ich wußte beide mir immer von neuem zu verschaffen, und nicht selten stellte sich das Kindheitsideal so weit her, daß Freund und Feind in dieselbe Person zusammenfielen, natürlich nicht mehr gleichzeitig oder in mehrfach wiederholter Abwechslung, wie es in den ersten Kinderjahren der Fall gewesen sein mag.“

Ich habe dieses Beispiel gewählt, weil es nur Übertragungen, aber keine vollständige Übertragungs-Neurose zeigt. Wenn es sich um Analyse handelte, würde man es auf beide Eltern zurückführen, und es würde sich natürlich völlig auf den Analytiker konzentrieren.

Eine der wichtigsten Bedingungen für die Wahl der Psychoanalyse als Behandlungsmodus ist die Fähigkeit des Patienten, zwischen Übertragungs-Entstellung und Realität unterscheiden zu können. Wenn ein Patient dazu nicht imstande ist (wie das bei einigen Charakterstörungen und sicherlich bei vielen psychotischen Patienten der Fall ist), so kann keine Analyse unternommen werden. Zunächst einmal sei ein sehr einfaches Beispiel gegeben, wo sich ein Patient der Unterschiede zwischen Übertragung und Realität bewußt ist. Er sagt: „Doktor, ich meine nicht *wirklich*, was ich über Sie gesagt habe.“ Der Patient erinnert sich an die Realität. Ungünstig ausgewählte Analyse-Patienten aber können das nicht. Wenn regressive Tendenzen zu schnell und zu leicht akzeptiert werden, deutet dies auf Ich-Schwäche hin; Analyse wäre nicht die Behandlung

der Wahl bei diesem Patienten. Es ist wichtig, daran zu denken, daß die Übertragungs-Neurose in der Analyse entstehen muß. Wenn ein Patient zu leicht in regressive Zustände fällt, ist das ein Zeichen, daß er nicht genügend Ich-Stärke und beobachtendes Ich besitzt, was es dem Patienten erst möglich macht, Gebrauch von seinem Verständnis der Übertragungs-Neurose zu machen. Die Übertragungs-Neurose ist das Wieder-Durchleben der infantilen Neurose oder, um es anders zu sagen, der Kindheitskonflikte des Patienten.

Im Idealfall progrediert und regrediert der Patient in gleichem Maße. Um es zu wiederholen: Das stabile Ich beobachtet die Regression, ohne übermäßig ängstlich zu werden. Bei einem schwachen Ich fördern wir die Regression nicht, sondern versuchen, sie zu verhindern.

Wir wollen einen erfolglos behandelten Fall betrachten, der in vielerlei Hinsicht zeigt, in was für Schwierigkeiten wir kommen, wenn ein Patient unfähig ist, zwischen Realität und Übertragungs-Verzerrung zu unterscheiden.

Es ist dies der Fall der 35jährigen Frau eines Geschäftsmannes. Nach einigen Sitzungen, in denen sie den angeblichen Mangel an Erfahrung des Analytikers kritisierte, entwickelte sie plötzlich eine sehr intensive „Liebes“-Übertragung. Bald entwickelte sie lebhaftes Phantasien darüber, wie der Analytiker sie liebe, und über zahlreiche Situationen, die dazu führten, daß der Analytiker sie endlich heirate. Bald gab es langes Schweigen und Klagen über ihre Unfähigkeit, das zu sagen, was sie sagen wollte. Nach 20 Stunden berichtete der Analytiker, daß die Patientin zeitweilig unfähig war, Phantasie und Realität zu unterscheiden. Sie hatte Erlebnisse, die als Auflösung ihrer Ich-Grenzen charakterisiert werden mußten. Der Analytiker beobachtete, daß die Patientin während Perioden heftiger Angst psychotische Reaktionen zeigte, aber der Analytiker glaubte – was sich später als Irrtum herausstellte – daß diese Reaktionen keine ernstliche Gefahr für die Analyse darstellten. Der Übertragungs-Widerstand verstärkte sich in den nächsten drei Jahren und führte zu zahllosen Blockierungen und zur Kommunikationsunfähigkeit der Patientin.

Nach drei Jahren und nach Konsultationen mit älteren Analytikern entschloß sich der Analytiker, diese Patientin psychotherapeutisch zu behandeln. Es gab eine kurze Besserung, die nicht aufrechterhalten werden konnte, und die Behandlung wurde nach einem weiteren Jahr abgebrochen. Die Patientin aber war nicht bereit, die Behandlung abzuschließen; sie rief den Analytiker wiederholt an und bat um Fortsetzung der Behandlung. Schließlich wurde sie von einem Konsiliarius gesehen. Die Patientin bemühte sich sehr, den Konsiliarius davon zu überzeugen, daß sie wieder zu ihrem Analytiker zurückgehen müsse. Sie argumentierte, wenn sie jemanden so heftig liebe wie ihren Analytiker, sei es unmöglich, daß er nicht ähnlich für sie fühlen könne. Sie verfüge auch über einige „Fakten“, die zeigten, daß es eine Möglichkeit der Heirat mit ihrem Analytiker geben könnte. Sie erkannte, daß dies ziemlich verrückt war, aber es gab Zeiten, wo sie glaubte, es sei wahr. Schließlich erklärte sie sich damit einverstanden, eine Psychotherapie bei einer Frau zu beginnen. Wieder begann sie, sehr ärgerlich zu werden und sich unbehaglich zu fühlen. Sie verbrachte die ganze Zeit damit, gegen ihre neue Therapeutin wütend zu sein. Sie wollte zu ihrem früheren Analytiker zurückgeschickt werden. Ganz allmählich konnte sie sagen, daß vielleicht einer der Gründe, weshalb sie so durcheinander und ärgerlich auf ihre Therapeutin war, in der Furcht bestand, die Phantasie von der Heirat mit dem Therapeuten aufgeben zu müssen. Dies würde sie in der trüben, düsteren Realität, in der sie lebte, zurücklassen. Die Patientin kam langsam von der feindseligen, negativen, kritischen Übertragung auf ihre Therapeutin, die sie lange aufrechterhalten hatte, ab. Und allmählich, zuerst in wöchentlich einmal, später zweimal stattfindenden Therapie-Sitzungen, war sie in der Lage, Übertragungsgefühle sowohl gegenüber ihrem früheren

Analytiker als auch gegenüber ihrer gegenwärtigen Therapeutin einsichtig zu akzeptieren. Die Psychotherapie endete mit einer allgemeinen Besserung.

Dieser Fall zeigt, daß es frühe Anzeichen für Übertragungsschwierigkeiten gibt:

- a) Es gab intensive frühe Übertragungs-Phantasien, so geartet, daß sie für eine Ich-Schwäche sprachen, d. h. die Patientin war zeitweilig während der Behandlung unfähig, zwischen Realität und ihren Übertragungs-Phantasien zu unterscheiden.
- b) Die Unfähigkeit, das regressive Übertragungsverhalten auf die analytischen Stunden zu beschränken und sein Übergreifen auf die Umwelt zu verhindern.
- c) Intensive orale Bedürfnisse und masochistische Wünsche und eine zu stark befriedigende Übertragung.

Der Fall zeigt ebenfalls die Schritte, die man unternehmen kann, um mit einer so schwierigen Situation fertig zu werden.

In Topeka haben wir sehr gute Möglichkeiten, die Entwicklung solcher Fälle zu verfolgen. Dieser Fall wurde von einem fähigen Analytiker behandelt, der ältere Kollegen zu Rate zog. Andernorts könnte es sein, daß der Patient von Analytiker zu Analytiker geht und der Fehler sich wiederholt. Hier war es so, daß der Analytiker zuerst seine Technik änderte, von Psychoanalyse zu Psychotherapie, aber es zeigte sich, daß er für die Patientin wegen ihrer Verwicklung in die Übertragung nicht „realer“ werden konnte. Der nächste Schritt war, die Patientin zu einem Therapeuten anderen Geschlechts zu schicken, so daß es dann möglich wurde, die Übertragungs-Neurose in den Griff zu bekommen und der Patientin zu helfen, zwischen Realität und Phantasie zu unterscheiden und ihr Befinden überhaupt zu bessern.

Der nächste bedeutende Unterschied zwischen Psychoanalyse und Psychotherapie liegt in der Tatsache, daß der Psychotherapeut eine realere Figur ist, während der Analytiker *neutral* bleibt. Dies führt oft zu hitzigen Diskussionen. Der Terminus *neutral* ist unbeliebt, und wir hören oft, daß er nicht ganz mit der Fürsorge und der mitfühlenden Atmosphäre zu vereinbaren sei, die die Psychoanalyse impliziert. Außerdem sagen einige Analytiker, man könne sich nicht neutral verhalten und dennoch ausgesprochene Wertbegriffe haben. Ich denke, daß man es kann, solange man seine Werte dem Patienten nicht aufzwingt. Aber im allgemeinen werden die Wertbegriffe des Analytikers nicht diskutiert. Ich möchte hier gern darüber sprechen, wie ich es sehe: Der Analytiker glaubt an die Würde jedes Menschen. Er akzeptiert den Patienten als wertvoll und als einzigartig. Der Analytiker zeigt Interesse am Patienten und ist durch seine eigene Erfahrung und durch Erfahrung mit Patienten davon überzeugt, daß eine Persönlichkeit wachsen und unabhängig werden kann. Irgendwie vermittelt er dem Patienten, daß ihm die große Schwierigkeit und die schmerzlichen Hindernisse, die dem Wachstum der Persönlichkeit entgegenstehen, bewußt sind. Im allgemeinen ist der Analytiker gegen sinnloses und überflüssiges Leiden eingestellt, und er zeigt viel Altruismus, wenn er all seine Aufmerksamkeit auf den Patienten konzentriert. Vielleicht ist nicht genügend betont worden, daß es gelegentlich eine unvermeidliche Spannung zwischen den Wertbegriffen des Analytikers und dem Gebot der Neutralität geben kann, obwohl es der Analytiker, so meine ich, fast immer vermeiden kann, daß seine persönlichen Wertvorstellungen seine Neutralität stören. Einige Worte über die Not-

wendigkeit der Neutralität sind vielleicht angezeigt. Wenn der Analytiker dem Patienten dabei helfen will, Unabhängigkeit und Initiative zu erlangen, kann er ihm nicht mehr Direktiven als absolut notwendig geben. Dies ist auch für die Psychotherapie wichtig, wo nicht mehr Direktiven und nicht mehr Unterstützung gegeben werden sollen, als für unbedingt notwendig erachtet werden. Ein beträchtlicher Teil der Energie des Therapeuten und des Analytikers muß dem ständigen Abwägen der Bedürfnisse des Patienten nach solchen Unterstützungen gelten.

Als Beispiel für Neutralität wollen wir die neutrale Schweiz während der beiden Weltkriege nehmen. Die Schweizer hatten sehr heftige Gefühle in bezug auf die beiden kriegführenden Seiten; während des ersten Weltkrieges war die Mehrzahl prodeutsch, und während des zweiten Weltkrieges war die überwältigende Mehrheit auf seiten der Alliierten und Hitler gegenüber sehr feindselig eingestellt. Aber sie versuchten ständig, diese Gefühle unter sorgfältiger Kontrolle zu halten. Sie wußten ganz genau, daß die Möglichkeit eines Angriffes bestand, sobald sie ihre Gefühle nicht kontrollierten, und daß sie dem Angreifer genügend Rationalisierungen für seine Aktion geliefert hätten. Dies ist genau das, was der Analytiker durch seine Neutralität zu erreichen sucht. Er kann und will nicht die Projektionen des Patienten vermeiden (seien sie feindselig oder positiv), sondern er versucht, eine Realitätssituation zu schaffen, die dem Patienten nicht die Berechtigung gibt, eine Attacke loszulassen, die die Behandlungs-Beziehung unterbrechen und das Wohlbefinden des Patienten stören könnte. Durch diese Art der Neutralität schafft er die Atmosphäre für das allmähliche Wiederaufleben der infantilen Neurose in der psychoanalytischen Situation. Das obige Beispiel hat klare Mängel. Es bezieht sich vorwiegend auf Aggression, aber es zeigt gleichzeitig, wie an bestimmten Gefühlen und Werten festgehalten werden kann, ohne daß dies zu entsprechenden Handlungen führen muß. Auch hier begegnen wir einem weiteren Unterschied zwischen Psychoanalyse und Psychotherapie. Der Analytiker versucht zu vermeiden, daß er ein Vorbild wird, während der Psychotherapeut dies manchmal ganz bewußt tut, besonders wenn ein großer Teil Nacherziehung bei einem Patienten nötig ist.

Der Psychotherapeut ist aktiv. Die Aktivität des Psychotherapeuten wird durch das Gegenübersitzen erleichtert. Man kann sagen, der Analytiker ist während, der Psychotherapeut dagegen ist es häufig nicht.

Interventionen in der Psychoanalyse sind fast ausschließlich einsichtsvermittelnd, während es bei der Psychotherapie Interventionsformen gibt, die stützend, aber nicht einsichtsvermittelnd sind. Die Einsicht vermittelnden Interventionen sind Interpretation, Konfrontation und Klarstellung. Die Interventionen sind z. B. Anregung, Rat, Beruhigung, Überredung, die auf rationale Faktoren gegründet ist, Belehrung, Beispielgeben, Beweise, Empfehlung oder Verbote. Diese verschiedenartigen psychotherapeutischen Interventionen können immer befriedigend definiert werden. Nur in einigen Fällen können wir von scharf umrissenen Interventionen sprechen; gewöhnlich handelt es sich um ein Gemisch verschiedener Interventionsformen. Eine Anregung zum Beispiel kann mit allen anderen psychotherapeutischen Interventionen kombiniert werden. Interpretation ist immer eine Konfrontation mit der inneren und äußeren Realität und führt

in den meisten Fällen zu Beruhigung. Beim Deuten sollte man stets darauf achten, Suggestionen zu vermeiden. Natürlich ist es von großer Wichtigkeit, sich über alle verwendeten Interventionen im klaren zu sein, sowohl über die beabsichtigten als auch über die unbeabsichtigten. Es ist z. B. schwer, einem Patienten zu helfen, Unabhängigkeit zu erlangen, wenn man ständig Anregungen gibt. Ich glaube, es ist notwendig zu unterstreichen, daß alle stützenden (keine Einsicht vermittelnden) Maßnahmen eine viel größere persönliche Beteiligung des Therapeuten implizieren als die einsichtvermittelnden Interventionen (Interpretation, Konfrontation, Klarstellung), die auf einer mehr objektiven Haltung des Therapeuten basieren. Ich betone diesen Punkt, weil die Enttäuschung des Psychotherapeuten über den ausbleibenden Erfolg dieser stützenden Maßnahmen viel eher auftritt, als wenn einsichtvermittelnde Interventionen gebraucht werden. Wegen seiner größeren persönlichen Beteiligung hat der Therapeut das Gefühl, er gäbe viel mehr von sich selbst, und erwartet darum, daß seine stützenden Maßnahmen zu einem schnelleren Resultat führen. Dies ist sehr oft eine unbewußte Haltung. Die bewußte Haltung tendiert merkwürdigerweise dahin, die Bedeutung stützender Maßnahmen unterzubewerten, selbst in solchen Situationen, in denen stützende Maßnahmen die einzig legitime Form der Intervention sind. Bei einsichtvermittelnden Interventionen weiß man, daß eine lange Periode des Durcharbeitens vor einem liegt. Stützende Interventionen müssen auf der Basis eines tiefen Verständnisses für den Patienten genauso geduldig und vorsichtig wiederholt werden und genauso objektiv wie die einsichtvermittelnden Interventionen. Erst dann reagiert man nicht mehr mit Irritation, wenn der Patient Rat, Ermutigung oder Beruhigung nicht akzeptiert.

Das *Ziel* der Psychoanalyse ist eine gründliche Persönlichkeitsveränderung. Wegen der größeren Streuung der Psychopathologie bei Psychotherapie-Patienten variieren die Ziele der Psychotherapie beträchtlich. Aber das gemeinsame Ziel aller Psychotherapieformen ist die Auflösung von Symptomen und eine gewisse Verhaltensänderung. Wegen der großen Unterschiede in den Zielen der Psychotherapie ist es sehr wichtig, daß der Psychotherapeut schon früh in der Behandlung plant, welche Ziele er verfolgen will.

Gegenübertragung ist in der Psychoanalyse wegen der Neutralität und der relativen Inaktivität des Analytikers viel leichter zu kontrollieren. Die Gefahr unkontrollierter Gegenübertragung droht deshalb viel mehr in der Psychotherapie als in der Psychoanalyse.

Frustration in der Psychotherapie und der Psychoanalyse. Während der Ausbildung der Übertragungs-Neurose entsteht eine Reaktivierung infantiler libidinöser Wünsche und gleichzeitig ein heftiges Bedürfnis nach deren Befriedigung. Die Tatsache, daß der Analytiker diese Sehnsüchte nicht befriedigt, sondern sie statt dessen dem Patienten deutet und bewußt macht, wird vom Patienten notwendigerweise als Frustration erlebt; ich stelle diesen Punkt klar heraus, denn in der Literatur scheint es übersteigerte Ideen über die Art der Frustration, wie sie in der Analyse auftritt, zu geben. Wenn man wieder das obenerwähnte Kontinuum in Betracht zieht, könnte man von Frustration in der Analyse an dem einen Ende des Kontinuums und von Befriedigung in suppressiver Psychotherapie an dem anderen sprechen.

Die *Zeitlosigkeit* der psychoanalytischen Behandlung. Dies hat nichts mit der großen Zeitspanne, die für Psychoanalyse nötig ist, zu tun, sondern bezieht sich auf die Tatsache, daß man die Analyse nicht im voraus zeitlich begrenzen kann. Psychotherapie kann aus vielerlei Gründen zeitlich begrenzt werden, oder man kann das Ende offen lassen wie in der Analyse.

Man sollte auch das *Untersuchungs-Feld* erwähnen. Das Untersuchungs-Feld der Psychotherapie ist begrenzt; in der Psychoanalyse verhilft es dem Patienten zu einem vollen Verständnis dessen, was in ihm selbst und zwischen ihm und anderen vorgeht. Der Analytiker vermeidet sorgfältig alles, was nach Indoktrinierung aussieht. Analyse ist die einzige Methode, bei der alle Einflüsse, die bei dem Patienten zum Tragen kommen, sorgfältig analysiert werden. Es sollte keine Beeinflussung (keine therapeutische Intervention) geben, die unerforscht bliebe. In der Analyse wird der Patient als eine einzigartige Persönlichkeit mit einem einzigartigen Potential, Beiträge zu liefern, akzeptiert, und man hilft ihm, sein eigenes Schicksal in die Hand zu nehmen.

Man kann viel über die Unterschiede zwischen Analyse und Psychotherapie lernen, wenn man die Fehler studiert, die Anfänger in der Psychoanalyse machen, nachdem sie schon große Erfahrung in Psychotherapie und klinischer Arbeit hatten*, – die Schwierigkeit, den Patienten seine eigenen Gedanken frei entwickeln und seine eigenen Antworten ausarbeiten zu lassen, die Tendenz, aktiv einzugreifen und die große Schwierigkeit, die obenerwähnte Regel, einen Patienten niemals mehr zu stützen als absolut notwendig, sorgfältig anzuwenden. Dasselbe Problem gibt es übrigens auch in der Erziehung, z. B. wenn ein 16jähriger Junge seinen Vater fragt, was er mit einem Klassenkameraden tun soll, der nicht auf die Vorschläge eines Schul-Komitees, dessen Vorsitzender der Sohn ist, eingeht. Was würden Sie als Vater machen? Ist der Sohn ängstlich? Scheint es eine Bedrohung des Selbstwertgefühls des Sohnes zu sein? Besteht die Gefahr der Regression – zum Beispiel wenn er in Wut ist? Möchte der Sohn sich vom Schul-Komitee zurückziehen? In einem solchen Fall müßte der Vater Unterstützung und Anweisung geben. Aber wenn der Sohn psychisch stabiler ist, wäre es besser, ihn zu fragen, was er machen wolle. Dann wäre der Vater in der Lage zu entscheiden, wieviel Anweisung nötig ist. Natürlich hängt viel davon ab, ob die Vater-Sohn-Beziehung stabil und entwicklungsfördernd ist.

Viele Patienten in expressiver und stützender Psychotherapie verfügen nicht über genügend Ich-Stärke, um ihre eigenen Probleme herauszuarbeiten; darum sind Psychotherapeuten daran gewöhnt, Vorschläge zu machen. In der Psychoanalyse führt diese Haltung zu verfrühten und übermäßig aktiven Interventionen. Manchmal vergessen Psychoanalytiker, die Anfänger sind, daß die für

* Anmerkung des Herausgebers:

In der Menninger School of Psychiatry werden seit über zwei Jahrzehnten in Fachausbildung befindliche Ärzte und Psychologen mit gutem Erfolg in psychoanalytisch orientierter Psychotherapie ausgebildet ohne obligatorische Eigenanalyse und unabhängig von einer eventuell später angestrebten analytischen Ausbildung im Topeka Psychoanalytic Institute.

Vgl. in diesem Zusammenhang auch das in der Menninger School of Psychiatry entstandene Werk von Rudolf Ekstein und Robert S. Wallerstein: *The Teaching And Learning Of Psychotherapy*, Basic Books, Inc. New York 1958.

die Analyse ausgewählten Patienten stabil genug sind, um an ihren eigenen Problemen mit relativ wenig Hilfe zu arbeiten. Vielleicht überrascht es nicht, daß man auch das entgegengesetzte Problem findet. Einige am Anfang stehende Psychoanalytiker erwarten vom Patienten, daß er seine Probleme ohne jede Hilfe herausarbeitet, und sie sind ziemlich zurückhaltend mit Interpretationen. Sie mißverstehen die Regel, daß Deutungen zu der Zeit gegeben werden sollen, wenn das verdrängte Material nah an der Oberfläche des Bewußtseins des Patienten ist, dahingehend, daß der Patient die Deutung selber finden sollte. Bei einigen wenigen Patienten und zu bestimmten Zeiten mag dies der Fall sein. Wir wissen, daß ein Patient, der eine Deutung selbst gefunden hat, dies als eine unschätzbare und in vielen Fällen unvergeßliche Erfahrung betrachtet. Aber die meisten Patienten fühlen sich ohne unsere Hilfe im Stich gelassen. Unser Ziel ist es deshalb, die Analyse durch rechtzeitig gegebene Interpretationen zu verkürzen. Ich möchte ein einfaches Beispiel geben:

Eine junge Sozialarbeiterin kommt in einer der ersten Stunden zu einem Analytiker, der Anfänger ist. Sie sagt: „Ich bin heute ziemlich deprimiert und traurig.“ Der Analytiker fragt sofort: „Worüber sind Sie deprimiert?“ Als er von seinem Kontrollanalytiker gefragt wurde, warum er die Patientin nicht fortfahren lasse, das bereits Gesagte weiter auszuführen, sagte der Analytiker: „Das tue ich in stützender Psychotherapie. Ich habe automatisch gehandelt. Ich hatte das Gefühl, sie unterstützen zu müssen. Sie machte mir Schuldgefühle. Ständig vermittelte sie mir: „Du tust nichts für mich.“ (Hier sieht man, wie der Analytiker auf Grund seiner eigenen Gegenübertragung handelt. Er hatte das Gefühl, die Patientin hätte zu ihm gesagt: „Ich bin deprimiert, und du tust nichts.“ Sie gebrauchte die Depression als eine Waffe, und der Analytiker fühlte sich veranlaßt, darauf zu reagieren.)

Jetzt über die Auswahl der Fälle für Psychoanalyse. Die Patienten, die sich einer Analyse unterziehen, können grob in drei Gruppen unterteilt werden: a) Analyse für Ausbildungszwecke, b) für Analyse geeignete Fälle – sorgfältig ausgewählte Fälle, bei denen Analyse die weitaus beste Behandlungsmethode ist und c) Fälle, die man am besten beschreibt als Fälle, bei denen „nichts als Psychoanalyse etwas ausrichten kann“. Wir haben viel Erfahrung mit solchen „heroischen“ Fällen in Topeka. Es sind dies meist hospitalisierte Patienten (borderline-Fälle und verschiedene Charakterstörungen), und man kann sagen, daß das übliche therapeutische Bündnis durch die Beziehung zum Krankenhausarzt verstärkt wird. Vielleicht könnte man dies einen „Dreierbund“ nennen.

Um die Auswahl-Kriterien eines für Analyse geeigneten Falles zu veranschaulichen, will ich ein Beispiel geben. Es ist einer unserer Kontrollfälle. Wiederholt haben wir von psychoanalytischen Instituten im ganzen Land gehört, es sei sehr schwer, gute Kontrollfälle zu bekommen, und viele Fälle seien zu stark regrediert und brauchten psychotherapeutische Vorbereitung für eine spätere Analyse. Wir haben in dieser Hinsicht andere Erfahrungen. Wir haben unter unseren Patienten eine beträchtliche Anzahl guter Erst- und Zweit-Kontrollfälle. Einer davon ist der folgende:

Eine 23jährige berufstätige Frau wuchs auf einer kleinen und ärmlichen Farm in Kansas auf. Sie entfloh dem ihr unerträglichen Zuhause, indem sie sich früh auflehnte und sich dafür entschied, ihrem großen Ehrgeiz in Richtung eines sozialen und intellektuellen

Aufstiegs aktiv nachzugehen. Sie ist jedoch in vieler Hinsicht durch ihr Schuldgefühl und ihre feindselige Identifikation an die Eltern gebunden. Ihre erste Liebesaffäre endete für sie mit dem Gefühl einer Niederlage, und sie sah sich den quälenden Fragen konfrontiert, warum sie sich unter Umständen, von denen sie die ganze Zeit das Gefühl gehabt hatte, daß sie zu Unannehmlichkeiten führen würden, mit einem Mann eingelassen hatte, von dem sie wußte, daß er ihres Vertrauens nicht würdig war. Sie erkannte ihre Unfähigkeit, Beziehungen zu Männern zu haben, so wie sie sie sich wünschte – entweder sie gerät an den „Falschen“ oder sie entdeckt Fehler bei denen, die zu akzeptieren sind, indem sie sie dumm oder langweilig findet. Sie fürchtet, daß sie keine erfolgreiche Ehe führen könne. Sie hat heftige Ressentiments, bewußt gegen ihren Vater wegen seiner Brutalität und seiner Launen, gegen ihre Mutter wegen ihrer Passivität und gegen beide Eltern wegen ihrer Vernachlässigung des fehlenden Verständnisses und der schlechten Behandlung der Kinder. Sie hat eine hysterische Charakterstruktur und ist, soweit bekannt, frei von eindeutigen neurotischen Symptomen.

Zuerst möchte ich sagen, daß die häufig zu hörende, ziemlich zynische Ansicht, analytische Fälle müßten beinahe normal sein, falsch ist. Wir haben es mit lange bestehenden neurotischen und charakterologischen Problemen zu tun, die gut abgewehrt sind und die unbehandelt aller Wahrscheinlichkeit nach zu einem höchst unbefriedigenden Leben führen würden. Wenn man die *Realitäts-Faktoren* bei dieser Patientin in Betracht zieht, ihr Alter, ihre erfolgreiche berufliche Karriere, die Tatsache, daß sie ledig ist – so spricht dies alles für die Analyse als Behandlungsmethode. Die nächste Frage ist: Wird die Patientin in der Lage sein, ein *therapeutisches Bündnis* aufrechtzuerhalten? Ihre bisherigen Objektbeziehungen waren ambivalent, aber die Patientin hat ein intensives Verlangen nach einer positiven Beziehung. Sie verfügt über beträchtliche *Frustrations-Toleranz* und *Angst-Toleranz*. Sie hat *psychologisches Verständnis*, sie ist sehr neugierig auf sich selbst und hat aktiv und nicht ganz ohne Erfolg versucht, sich selbst zu verstehen. Ihre Ich-Stärke, ihre Fähigkeit, sich zu verändern (ein Aspekt der Ich-Stärke), ihre Flexibilität (damit ist die Fähigkeit gemeint, sich frei zwischen Phantasie und Realität zu bewegen) und ihre Intelligenz scheinen über dem Durchschnitt zu liegen. Sie ist gut motiviert für eine Psychoanalyse. Noch zwei weitere Bemerkungen: Es ist immer wichtig, das allgemeine Verhältnis von Aktivität und Passivität bei einem Patienten in Betracht zu ziehen. Diese Patientin war aktiv, was auch immer die Gründe dafür gewesen sein mögen (Überwinden von Abhängigkeitsbedürfnissen, Identifizierung mit ihrem Vater oder beides). Und dies läßt eine günstige Prognose für den Erfolg der Analyse zu. Ein weiterer Punkt ist, daß die Patientin gut mit wiederholten traumatischen Erfahrungen in der Kindheit fertig geworden ist. Dies wird oft als wichtiger Punkt bei der Entscheidung für oder gegen die Analyse angeführt. Manchmal ist dies ein zweischneidiges Schwert: schwere Traumata führen oft zu schweren Ich-Deformierungen, die wiederum die Analyse nicht automatisch zur Behandlung der Wahl machen.

Alles in allem können wir erwarten, daß diese Patientin bei all den Übertragungsschwierigkeiten, die entstehen werden, in der Lage sein wird, in kontrollierter Weise zu regredieren, was die Übertragungs-Neurose und deren Analyse erst möglich macht. Kann dieser Patientin auch durch Psychotherapie geholfen werden, wenn man aus irgendwelchen Gründen keine Analyse machen kann? Es besteht kein Zweifel, daß einem Patienten durch Psychotherapie

geholfen werden kann, aber wir sehen uns vor einer schweren Entscheidung. Wenn der Patient sich einer Psychotherapie unterzieht an Stelle einer Psychoanalyse, zeigt die Erfahrung, daß das Ergebnis nicht unbedingt auf die Auflösung der Konflikte des Patienten hinausläuft. Nicht jeder kann oder will sich einer analytischen Behandlung unterziehen. Nur ein Patient, der fähig und wirklich willens ist, sich selbst als ein Individuum zu betrachten, das seinen eigenen Weg gehen kann, wird motiviert sein, die Schwierigkeiten einer analytischen Behandlung auf sich zu nehmen. Für viele Menschen ist Autonomie nicht das, was sie erreichen wollen. Das macht die Psychotherapie nicht zu einer Behandlungsmethode zweiter Klasse, die Ziele sind dann aber notwendigerweise weniger ehrgeizig.

Literatur

Freud, S. (1900): Die Traumdeutung. Gesammelte Werke, Bd. II/III. Imago Publishing Co., Ltd. London. S. 486, 487.

Gill, M. M. (1954): Psychoanalysis and Exploratory Psychotherapy. J. Am. Ps. Assn. Vol. 2.

Psychoanalysis and Psychotherapy

Ernst Ticho

The long-standing feud between those who think that there is no difference between psychoanalysis and psychotherapy and those who think that there is only one genuine psychotherapy: psychoanalysis, this feud seems to have slowly abated. Often when we read about psychoanalysis of very regressed patients, we discover that the author really refers to supportive (suppressive) or expressive-supportive psychotherapy. Many of the case reports sound like psychotherapy on the couch, and often the difference seems to be a semantic one. The prevailing opinion nowadays seems to accept a continuum from supportive psychotherapy at one end to psychoanalysis at the other. We should always see psychotherapy as advancing towards the psychoanalytical end of the spectrum, with expressive psychotherapy somewhere between the extremes – in most cases nearer to psychoanalysis.

The three most important differences between psychoanalysis and psychotherapy are: a) the transference-neurosis, b) the analyst's neutrality, and c) the interpretation, together with clarification and confrontation, as the only psychoanalytic interventions.

a) the transference-neurosis is an intensive transference in which all the patient's infantile conflicts are centered around the person of the analyst. It is a massive, all-inclusive transference phenomenon. In psychotherapy one does not aim at the all-inclusive transference-neurosis, but works with transferences. Generally one could say that in psychotherapy there is more emphasis on the relationship of a patient to the outside world and to his current life situation than ever would be in psychoanalysis.

One of the most important requirements for the selection of psychoanalysis as the treatment modality is that the patient must be able to differentiate between transference-distortion and reality. If a patient cannot do this analysis cannot be undertaken.

Another important requirement is a sufficiently strong ego. If regressive trends are too quickly and too easily accepted, this would indicate a weakness of the ego. The patient lacks ego strength and the observing ego that would make it possible for the patient to make use of his understanding of the transference-neurosis. To repeat, the strong ego observes the regression without getting overly anxious about it. In a weak ego one does not encourage regression but tries to prevent it. Another indicator of dangerous transference difficulties is the lack of containment of regressive transference

behaviour to the analytic hours, the transference behaviour spilling over into the outside world.

b) The next important difference lies in the fact that the psychotherapist is a more real figure, while the analyst remains neutral. If the analyst would like to help the patient gain independence and initiative, he cannot give more directives than are absolutely necessary. (This is important also for psychotherapy, where no more directives and no more support should be given than are considered necessary. A good deal of the therapist's and the analyst's energy has to go into constantly weighing the patient's need for these supports.) A further comment on the analyst's neutrality: it implies the accepting care and the compassionate atmosphere in analysis, the patient is accepted as worthwhile and unique in some ways the analyst communicates to the patient his awareness of the great difficulty and the painful obstacles to achieving growth of personality.

The analyst tries to avoid becoming a model, while the psychotherapist sometimes deliberately does so, particularly if a good deal of reeducation is necessary for a patient. The psychotherapist is active. The activity of the psychotherapist is facilitated by the face-to-face relationship. One can say that the analyst is yielding and the psychotherapist is frequently unyielding.

c) The interventions in psychoanalysis are almost exclusively insight-producing, whereas in psychotherapy interventions are used which are also supportive or noninsight-producing. The insight-producing interventions are interpretation, confrontation and clarification. The noninsight-producing interventions are suggestion, advice, reassurance, setting example, giving prohibitions etc. These different psychotherapeutic interventions cannot always be defined satisfactorily. It is necessary to underline that all supportive (noninsight-producing) measures imply a much greater personal involvement on the part of the therapist than is the case with the insight-producing interventions, which are based on a more objective attitude of the therapist. This point is stressed because the psychotherapist's disappointment at the lack of success of these supportive measures occurs much sooner than when insight-producing interventions are used. Because of his greater personal involvement with the patient, the therapist feels that he gives much more of himself and hence expects his supportive measures to lead to a quicker result. This is very often an unconscious attitude. The conscious one tends to underestimate the importance of the supportive measures, even in those situations where the supportive measures are the only legitimate interventions. With insight-producing interventions, you know that you have to expect a long working-through period. Supportive interventions have to be repeated just as patiently and carefully and just as objectively as the insight-producing interventions. It is only then that you cease to react with irritation when the patient fails to accept your advice, encouragement, or reassurance.

In psychoanalysis the countertransference is much easier to control because of the neutrality and relative inactivity of the analyst. The danger of uncontrolled countertransference looms much larger in psychotherapy than in psychoanalysis.

During the development of the transference-neurosis a reawakening of infantile libidinal wishes occurs, and with it a strong need for their gratification. The fact that the analyst does not gratify these longings but, instead, interprets them to the patient and makes them conscious, is by necessity experienced by the patient as frustration. Taking into consideration the continuum mentioned earlier, one could talk about frustration in analysis at one end of the continuum and gratification in suppressive psychotherapy at the other.

Timelessness of treatment in psychoanalysis refers to the fact that it cannot be limited ahead of time. Psychotherapy may be limited for a variety of reasons or it may be open-ended. The area of investigation of psychotherapy is limited, in psychoanalysis

it is unlimited, the patient is helped to understand fully what is going on within himself and between himself and others.

A good deal can be learned about the differences between analysis and psychotherapy by studying the mistakes beginners make in psychoanalysis after they have had long experience with psychotherapy and hospital work – the difficulty in letting the patient freely develop his thought and work out his own answers, a tendency to take over actively, and a great difficulty in never supporting the patient more than is absolutely necessary. In psychoanalysis this attitude leads to premature and overly active interventions.

But there is also the opposite problem. Some beginning analysts expect the patient to work out his problem without any help at all, and they are quite reticent about interpretations. Our aim is to shorten analysis by well-timed interpretation.

The patients undergoing analysis can be roughly divided into three groups: 1. analysis for training purposes, 2. analytic cases proper – carefully selected cases for whom analysis is by far the best therapeutic method, and 3. cases we could best describe as “nothing else but psychoanalysis would make any dent”, (mostly hospitalized patients with borderline conditions and various character disorders). In order to illustrate the criteria for the selection of what was called “analytic cases proper” Ticho gives the example of a young woman.

The reality factors of this patient were considered, her age, her successful professional career, the fact that she was single. The next question was whether the patient would be able to maintain a therapeutic alliance; her frustration-tolerance and her anxiety-tolerance, her psychological mindedness, the overall activity-passivity ratio of the patient were considered.

Not everybody can or wants to undergo analytic therapy the goal of which is a thorough personality change. Only a patient who is able and willing really to look at himself as an individual who can go his own personal way, will be motivated to undergo the hardships of analytic therapy. For many individuals autonomy is not what they want to achieve. This does not make psychotherapy a second-class treatment method, but necessarily makes the goals less ambitious.

Author's address:

Dr. Ernst A. Ticho

The Menninger Foundation

Box 829

Topeka, Kansas 66601, USA

Use of Familiar Dynamic Considerations to Explain the Schizophrenic Process

Morris M. Kessler*

A theory offering explanation of the schizophrenic process should cover the following facts. 1. Schizophrenia is reversible, especially in the early phases of the disease. It is extremely resistant to any form of therapy in the chronic stage. 2. In many instances, the developmental life of the schizophrenic is not dissimilar to that of the average normal or neurotic person. States that fall just short of schizophrenia but still within the neurotic spectrum are seen. 3. Theories of mental functioning have been fairly well delineated. The theory offered as explanation for schizophrenia should, if possible, fit the known theories. 4. There are several varieties of schizophrenia. Frequently, the schizophrenic picture changes from one variety into another. 5. There are organic brain conditions that simulate schizophrenia. 6. Dreams are similar to schizophrenic mental processes.

The most universal (and important) defense mechanism which we encounter in any psycho-pathological problem is repression or its less chronic manifestation, suppression. Except for the fact that the word "repression" is in more familiar usage, psychologically, the term "inhibition" would seem to be the preferred expression. "Inhibition" is a general expression having application to psychology (and psychoanalysis) as well as to physiology. When something is repressed, we mean that the central part of the mind that is ordinarily in a state of awareness of external and internal reality has a block interposed toward some segment of these realities and as a result no longer has access to that part of the mind. Mechanistically, this would have to mean that some chain of neurones having to do with an idea, object, or an experience has been blocked from access and we would have to say that an inhibition of function has occurred. This is a process which is known to neurophysiology and is assumed to be present in mental functioning by those who study the mind**. Dusser de Barenne and McCulloch (1937) demonstrated that when a strip zone of the brain in association with a motor area was stimulated, the motor area could transmit an effective stimulus until the strip zone stimulus had worn off. In other words, a block or inhibition had occurred within either a key neurone or synaptic junction which prevented a whole chain of neurones (or a long effector neurone) from receiving energy transmission (or cathexis). I believe that the inhibition that we see in human mental functioning is similar

* M. D., Psychoanalyst and Psychiatrist, Cleveland, Ohio.

** The regular use of this concept would outlaw certain vague terms like "withdrawal of libido". Instinct, drive, or libido has its impetus somewhere at the junctions of the brain and the remainder of the body. Once in the mental apparatus, it is transferred by cathexis until it is discharged (or possibly attenuated). If some segment of the mental apparatus is under inhibition, the cathexis cannot follow these channels, but uses others that are still open. The cathexis flows forward according to the neuron law; it cannot be withdrawn.

in process to that demonstrated by the experimental work of Dusser de Barenne and McCulloch (1937).

It has always been assumed that something is inherited in the schizophrenic person which the non-schizophrenic does not seem to have. What this inheritance is, becomes the crux of my theory. Study of neurotic patients shows that when such a person invokes inhibition or repression against an untenable idea, the defense is selective and fairly well controlled. Only the untenable idea or the ideational approaches to this untenable idea are blocked off. The amount of the mental apparatus which is unavailable for cathexis is circumscribed, leaving vast regions of the mind open for the transferred mental energy. Relatively speaking, there is so much of the mind in contact with that central part of the mind which is conscious, aware, and in control of executive function that there is little danger of a loss of the sense of reality.

On the other hand, when the schizophrenic invokes an inhibitory defense, he is always in danger of blocking off too many of the regions of the mind dealing with objects, reasoning, memory, and ideas. Without wishing to do so he is literally "throwing out the baby with the bathwater". Like the neurotic he means only to suppress a distressing idea; instead, he not only gets rid of that idea but also blocks access to parts of the mind that are necessary for being in contact with reality. He precipitates a mass action when he starts to repress something. This massive disease-producing defense differs only in degree and selectivity from the defensive potential present in the "inheritance" of the normal or neurotic. It may be an atavistic trait like the macacus ear or it may have something to do with subtle patterning of mind channels that cannot be uncovered by our present methods in neurophysiology, neurochemistry, and neuropathology*. This then is my major assumption – that there is an inherited factor in the schizophrenic consisting of an exaggerated, out-of-control when invoked, inhibitory defense. Certainly, the work of Kallman (1938) and others points indubitably to an inherited difference in the schizophrenic that makes the appearance of the adult disease a probability.

That part of the mind which was referred to above as central, conscious, and aware of internal and external reality, deserves a name for ease of reference. I would suggest the term, "ego operator". The ego operator is very sensitive to the maintenance of the relationship to reality. When the schizophrenic type of repressive or inhibitory mechanism is invoked, the ego operator is quickly aware of a sense of estrangement from important components of the mind with consequent unreal feelings. It is my opinion that in the case of Schreber, the feeling of "loss of the world" was not strictly a delusion but the accurate description by the ego operator which was relatively unaffected at this point, of what it feels like to suddenly lose access to large segments of mental functioning which, of course, means loss of objects, memories, channels of reason, etc. It is like losing the important part of one's "world". To restate – the ego operator has simply registered that the world of reality with its meaningful

* The action on the brain of the chemical serotonin (Marazzi et al., 1956) might fit with this thesis especially as it has been linked to the action of other chemicals on the brain which result in hallucinations.

objects is gone and that this state of affairs is bewildering, if not shattering to that ego structure.

Meanwhile, there is a damming up of libido. A normal amount of drive is in the mental apparatus but the potential areas of the mind into which libido may be transferred for ultimate discharge is restricted by the inhibitory defense. At times, the cathexis flows into whatever channel has remained open. The effect is unexpected and constitutes a delusory or hallucinatory experience unconnected with the external reality but – and this is important – this mental event is duly noted by the ego operator. If the hallucination is disturbing or threatening to the latter agency, it may sound an alarm which comes out as manifestations of anxiety or agitation or as motor acts (running, striking, shrieking, answering back the hallucinatory voice, or even homicidal or suicidal acting out). It may appear to some that I am making of the ego operator an idiotic non-discriminatory device. I really mean it to be more of an automaton or IMB-type machine which simply registers what is going on in the mental apparatus. The damaging effect of massive inhibitions throughout the mental apparatus has cut off the ego operator from certain parts of the ego which aid it in judging reality. It must, perforce, take what it has been registering as the actual reality. As the main organized part of the ego left functioning, it tries to assert an enfeebled executive function against the threatening – and perhaps kaleidoscopic – new reality created by the hallucinatory lightings up of cathected objects. Some of these defensive functions have been mentioned just above (acting out, etc.). Another defensive function is to *inhibit even more massively*, whereupon the picture of catatonia descends upon the stricken person.

The catatonia with *cerea flexibilitas* has so much inhibition of functioning mental apparatus (higher cerebral function) involved that it resembles an organic neurologic syndrome (a functional decortication). This state of schizophrenic defense may ease the problem for a while for the ego operator, but periodically the problem may become worse. The libido dams up with even less chance for discharge or attenuation and there are either wild motor manifestations known as catatonic excitements or a change of the picture to hebephrenia. All the sensory and motor apparatuses which are still open for cathexis become lighted up serially or simultaneously.

Using these same basic principles, an explanation for simple schizophrenia is forthcoming. Essentially, the explanation is that the above conditions obtain where there is a normal production of libido transferred from the body chemical sources to the mental apparatus. In the simple schizophrenic, there is a subnormal amount of libido transferred to the mental apparatus. Thus, the apparatus is not flooded with great pressures for transferring cathexis. When, at the beginning of the schizophrenic process, the massive inhibitory defense is invoked, delusions and hallucinations occur in the manner described above but they are not so vivid or wildly changing because the libidinal pressure is low. The result is that the ego operator does not have to meet many emergency states. Nevertheless, excitements in simple schizophrenia are known, which suggests that there can be a damming up of libido. The matter of subnormal drive or libido is not an uncommon state of mankind. Some people are born

into the world with an inferior somatic (glandular and chemical) apparatus; others with a superior one.

The paranoid group of schizophrenics is an unclear classification. Paranoid references and delusions come up in all schizophrenics. However, *true* paranoia is a separate condition which is closer to the neurotic with regard to the manner in which the inhibitory defense is used. In this case, more channels of the mind are available for rationalization and argumentation in defense of the delusions than in the usual schizophrenic. Here we might picture that the ego operator is backed up by more parts of the organized ego than is the case of the average schizophrenic.

The principle of unnecessary and perhaps undesired over-inhibition which is my central hypothesis with regard to schizophrenia is not an unusual premise. Over-inhibition is an over-innervation of an inhibitory neuronal system. In his theory of the origin of peptic ulcer, Alexander (1950) invoked the idea of an unwanted discharge of cathexis over motor neurones to the stomach resulting in over-acidity and hypermotility. The end result was a tissue defect in the stomach which was not wanted by the mind.

Certain organic disease processes in the brain illustrate what happens when large sections of mental functioning are cut off from access to cathexis. A motor aphasic seems to build up a lot of tension and then explodes with epithets and snapping of the fingers or other more forceful hand gestures. He cannot use the wanted channels so that the cathexis spills over to whatever channels are available. Another and more expressive illustration is the Korsakoff psychosis. Here many of the loop association fibers of the cortex are lost in the toxic process. The most spectacular result is a gap in memory. Because the cathexis cannot flow into the channels that would light up true memories, it flows into any channels of thought that remain open, resulting in confabulations. In Korsakoff psychosis there are also hallucinatory experiences due to the same process – cathexis cannot flow into blocked channels; instead, it flows into open channels which when lighted up are registered by the ego operator as real. I do not want to leave the impression that the confabulatory thoughts are purely accidental lightings up of open channels of the mind. I believe that the enfeebled ego operator attempts to assert a directiveness, but because of a paucity of mental pathways open to cathexis, rarely achieves even approximation to the true memory.

A ready explanation suggests itself for the chronicity in schizophrenia. The early case of schizophrenia has a tendency to remit, either spontaneously or in response to treatment. This would suggest that if the inhibitory process is breached, the channels of the mind that had been blocked from access to cathexis are still fully functional and reality can come back by the restored connection of these channels to the ego operator. After the inhibitory process has continued for a period of years there is an irreversible loss of function by the process of *disuse*. This is frequently seen in the human nervous system. The commonest example is amblyopia exanopsia, where an irreversible blindness ensues following chronic suppression of the visual image from an improperly directed retina. It may also apply to the stultifying process of aging. Here, if the aging subject stays fully active in work and in social intercourse he

facilitates his mental pathways and has available in his mind many channels that might otherwise be permanently blocked to him from disuse.

An objection to this thesis might be raised that such chronic disuse might present areas of atrophic pathology in the brain and this is a very infrequently reported finding for the schizophrenic. My thesis does not concern itself with atrophy of the chain of neurones which contain the repressed ideation. It is involved only with the blockage of access to this ideation through synapses or intermediary neurones (or even parts of neurones). It would constitute a permanent change in physiology without actual death of cells. Betlheim and Hartman (1924) demonstrated in Korsakoff psychosis that where there are gaps in memory, the actual memory traces are retained. They address themselves to the question of how this comes about as follows: "The most obvious assumption would be that the original impressions are retained undistorted and their emergence in symbolic disguise is to be ascribed to an organic reproduction-inhibiting factor."

Psychosis and dreaming have been frequently linked together. I believe that a functional relationship between the two can be shown on the basis of the above theoretical considerations. In sleep, there is so much inhibition of function within the mental apparatus that to all intents and purposes there is a blankness. However, all too frequently, a daytime stimulus sets up a reverberating cathexis that the ego operator attempts to handle with usual defensive means at its disposal during the waking state. In sleep, there are so many inhibitions of ideational function, that the cathected content is never right on target. It lights up only approximations of thought and imagery, bearing on the charged subject matter. This serves a defensive function in that sleep is not disturbed. If the cathexis should invade the *actual* subject matter, which is usually threatening to the ego, anxiety breaks out and sleep is broken. However, the principal point to be made is that the approximations of thought and imagery mentioned above are lightings up of visual and auditory memories which are disorganized due to the paucity of connecting channels open during sleep so that the ego operator (possibly rendered somewhat obtuse by the sleep state) registers them as different from the usual impressions of mental function present while awake.

I have treated at least two cases by conventional psychoanalytic methods that might illustrate a transition between normal individuals and schizophrenics. I am presenting part of the history in one case where the heredity was heavily weighted toward serious mental illness. The father committed suicide; the mother had two breaks with reality and was successfully treated with E. C. T. A maternal grandfather kissed his young children goodbye before their departure for camp and immediately became psychotic. Like Schreber (in Freud's celebrated paper 1948), he felt he was the only one left alive in the world; that everybody else was dead. He spent the remainder of his relatively long life in a mental institution. The patient presented herself first with thoughts that she was changing into a man. The principal pattern of illness, however, was that of agoraphobia. The phobic symptom complex was shown to be a defense against an enormous aggression toward men focalizing principally in her father and somewhat in her brother. As the phobia waned, more queer and

regressive content showed up – along with derealization and constriction of interest and feeling for objects in the outer world. At one point in the course of her illness, she felt that everybody around her appeared dead or at least faint and shadowy. The therapist, at times, felt that it was dangerous to try to analyse the phobic defense aggressively because it seemed to provide a protection against the tendency to lose reality. However, perseverance with the analysis seemed to bring about a good therapeutic result. She was still slightly agoraphobic but the boundaries of her ability to move about had been enlarged almost to normal expectations for her type of life. For instance, she became able to travel with her family to distant places. The principal effect of the therapeutic process was that her mental constrictions eased and she became very productive as a creative teacher and writer in addition to being a wife, mother, and member of her community. After a free period of 4½ years, she began to have unreal feelings which quickly deteriorated to where she felt estranged from her familiar world of love objects and was constricted down to thoughts of suicide and feelings of enormous mental tension for which there was no discharge. She could not think or read. She was wakeful during the greatest portion of each night. She was certain that she was becoming insane.

There were precipitating events to this second bout of illness. It was the therapist's feeling that she defended herself against the emergence of certain ideas and urges by over-repressing, so that her mind became constricted down to a few channels. Large parts of her mental apparatus were no longer available for cathexis to her goodly store of psychic energy. Accordingly, she felt the inner mental tension and the only discharges of this tension were in her analytic hours and by regressive actings out which were very stormy and dangerous. I feel she was an instance of over-repressing just short of psychosis.

The theories of mental functioning which, I assume, are generally accepted, are as follows. Freud (1948) offered a most persuasive argument about the source of instinct (or drive) in the brain. Because the instinct produces a steady pressure toward fulfillment of its goal it must depend upon a chemical state which bathes the brain and keeps up a constant stimulation upon certain receptor parts. Because the instinct varies in strength, it must be dependent on potent chemicals secreted into the blood which then effect the brain to produce a neural drive. Part of the strength of the chemical effect on the brain is attenuated by the hemato-encephalic barrier (Kessler, 1940). Some of the force of the neural drive is mitigated by overflow to archaic somatic and affective channels. Most of the drive enters the mental apparatus and by steady cathexis, keeps the subject awake and alert to both external and internal realities. Some of the cathexes are threatening and are held down by counter-cathexis (repression).

The fate of cathexis is manipulated by the ego which has a number of functional subdivisions. One such division must be a central registration of the modalities of sensation which tell about the condition of the outer world. Registration also occurs for an inner world of coenesthesias. There must be a more sophisticated observation center for the sensory world as well as for the complicated cathexes which we call thought. This is close to the concept of the ego operator mentioned in the body of the paper, but, in the intact mind, this center has

powers of comparing new data with experiential memories. It has access to an "archives" of registered memories. By its control of the motor side of the mind, it can also produce a reaction toward the outer world, or by repression influence the inner world of the mind. These motor reactions, especially the latter one of repression, indicate that it is also a center for maintaining homeostasis. It holds back painful flooding of the mental apparatus by counter-cathexis and discharges excess energy by affective and other motor channels. In fact, the above description of events in schizophrenia can be looked upon as a progressive failure of homeostatic adjustments.

The superego is a very special split-off part of the ego which in the normal individual is so syntonic with ordinary ego tendencies that it is not felt as a separate institution. In certain pathological mental states, it is felt as a very separate part of the mind which can exert pressure on the ego operator and force it into defensive action especially against id impulses. Its motive force against the ego operator is the painful effect, guilt.

Discussion and Summary

The mind of the schizophrenic is split*. Years ago, Nolan D. C. Lewis (1936) pointed out that the hysteric also experiences a considerable split in the mind function. This has been amply substantiated by psychoanalytic study of hysterical neuroses. It has long been felt by this observer that an elucidation of the schizophrenic process should take into consideration these two facts, namely that schizophrenic and hysteria both have splits in the mind albeit of different degrees. Accordingly, the theory summarized below was evolved.

1. Neurotics inhibit only discreet segments of mental functioning in their defensive processes. This leaves large regions of the mind open for cathexis. Consequently, there is little chance for a loss of reality and psychosis.
2. Schizophrenics inherit a tendency to block out massive regions of the mind whenever they have to ward off an untenable threatening idea. They do not mean to create this dangerous state of mind; they simply are unable to do things part way.
3. The kind of blocking out is a process similar to the inhibition shown to be present in experimental animals by Dusser de Barenne and McCulloch, except that it is not discreet. As part of the schizophrenic inheritance, these inhibitory neurones must be widespread and tend to be invoked simultaneously, thus blocking cathexis to vast regions of the mind.
4. The result is that the ego operator registers an estrangement from its usual connections in the mental apparatus and an alarm is sounded.
5. If the ego operator invokes a further defense of repression (inhibition), there is a functional decortication and the outward picture is catatonia. In this state, the mental channels available for cathexis are few and a damming up of drive occurs. This state of affairs may result in dramatic discharges periodically (so-called catatonic excitements).

* Inhibitory blocks break up connections in the ego.

6. An in between state comes about when every available open channel is cathected. This results in the wild hallucinations of hebephrenia*.
7. Simple schizophrenia has the same tendency to overrepress but the amount of drive in the mental apparatus is less.
8. The psychosis known as true paranoia, apparently has more mental channels open for cathexis and the ego operator is therefore in better contact with reality on certain fronts of the mind. Against the delusory front, the ego operator is not strong enough to reject the content as unreal. Instead, it tends to use open channels of the mind to rationalize the delusion.
9. Analogies from organic brain syndromes, particularly Korsakoff psychosis, are important in the evolution of this theory.
10. It is apparent that any entity as protean as the schizophrenic process would have to be explained by involving it with a theory, albeit incomplete, of mental functioning. This has been attempted.

A corollary of this all is that if the stated theory is correct, therapeutic research should work in the direction of undoing the massive repressions and facilitating the open channels of the mind before a "disuse" condition prevails. E. C. T. does this somewhat. A chemical anti-inhibitor is a more logical therapeutic agent.

Literatur

- Alexander, F. (1950): *Psychosomatic Medicine* (New York: Norton).
- Bethlem, S. & Hartmann, H. (1924): „Über Fehlreaktionen bei der Korsakowschen Psychose.“ *Arch. Psychiat. Nervenk.* 72.
- Dusser de Barenne, I. G. & McCulloch, W. (1937): "Local Stimulatory Inactivation within the Cerebral Cortex, the Factor for Extinction." *Am. J. Physiol.*, 118.
- Freud, S. (1948): *Psychoanalytic Notes upon an Autobiographical Account of a Case of Paranoia*. *Collected Papers*, 3 (London: Hogarth Press).
- (1948 A): *Instincts and Their Vicissitudes*. *Collected Papers*, 4 (London: Hogarth Press).
- Kallman, F. J. (1938): *The Genetics of Schizophrenia* (New York: Augustin).
- Kessler, M. M. (1940): Study of the Hemato-encephalic Barrier by the Bromide Method, Before and After Insulin Therapy. *I. Nerv. and Ment. Dis.*, 91.
- Lewis, N. D. C. (1936): *Research in Dementia Praecox* (Nat. Committee for Mental Hygiene).
- Marazzi, A. S. & Al. (1956): *Pharmacology of the Nervous System*. *Progr. Neurol. and Psychiat.*, 11.

Die Deutung des schizophrenen Prozesses mit bekannten dynamischen Konzeptionen

Morris M. Kessler

Jede Theorie, die den schizophrenen Prozeß erklären will, sollte folgende Tatsachen berücksichtigen: 1. Schizophrenie ist reversibel, besonders in den frühen Phasen, während sie im chronischen Stadium sehr therapieresistent ist. 2. Die Entwicklung eines Schizophrenen ist vielfach nicht von der eines durchschnittlich gesunden oder neurotischen Menschen verschieden. 3. Eine Theorie der Schizophrenie sollte mit den bekannten, klar herausgearbeiteten Theorien über seelische Funktionsweisen übereinstimmen. 4. Es gibt verschiedene klinische Erscheinungsformen der Schizophrenie, die

* Several observers, notably Lewis (1936), have linked catatonia and hebephrenia especially.

oft miteinander abwechseln. 5. Es gibt organische Hirnerkrankungen, die Schizophrenie vortäuschen können. 6. Träume haben Ähnlichkeit mit schizophrenen Denkprozessen. Der häufigste Abwehrmechanismus, dem wir in der Psychopathologie begegnen, ist die Verdrängung. Als allgemeineren Begriff, der dann auch für die Physiologie zu verwenden ist, kann man dafür Hemmung setzen. Wir sprechen von Verdrängung, wenn die Verbindung zwischen dem Ich und einem Segment der äußeren oder inneren Realität blockiert ist. Mechanistisch gedacht bedeutet dies, daß der Zugang zu einer Neuronenkette, die als Substrat einer Vorstellung oder Erfahrung zu denken ist, blockiert und damit eine Funktionshemmung gesetzt ist. Experimentell konnte gezeigt werden, daß eine mit einem motorischen Gebiet verbundene Hirnregion von diesem aus nur gereizt werden konnte, wenn die Reizung der betreffenden Hirnregion abgeklungen war. Es war also innerhalb eines Schlüsselneurons oder einer Synapsenverbindung eine Hemmung aufgetreten, die die Energieübertragung auf eine ganze Neuronenkette unmöglich machte. Dementsprechend kann man sich auch den „Besetzungszug“ vorstellen.

Man hat immer einen Vererbungsfaktor beim Schizophrenen vermutet. Dieser Faktor könnte in einer Neigung zu überschießenden und unkontrollierten Hemmungen bestehen. Der Neurotiker wehrt selektiv und in kontrollierter Weise ab. Nur die unannehmbare Vorstellung und vielleicht noch die zu ihr hinführenden Vorstellungen sind blockiert. Der nicht zu besetzende Bereich des seelischen Apparats ist umschrieben, es bleiben weite Bereiche für die Übertragung seelischer Energie frei. Die Gefahr des Realitätsverlusts ist gering. – Der Schizophrene hingegen ist immer in Gefahr, zu viele seelische Bereiche zu blockieren. Er schüttet buchstäblich das Kind mit dem Bade aus. Die Hemmung dehnt sich bei ihm auf Bereiche aus, die für die Aufrechterhaltung des Kontakts mit der Realität notwendig sind. Seine Verdrängung artet zu einer Massenreaktion aus. Seine massive Abwehr unterscheidet sich nur nach Ausmaß und Auswahl von der des Gesunden oder des Neurotikers. Es könnte sich um einen atavistischen, organisch festgelegten Zug handeln, der mit den heutigen Untersuchungsmethoden nicht nachzuweisen ist. Es ist die Hauptthese des Autors, daß der Vererbungsfaktor in der überschießenden Abwehr zum Ausdruck kommt.

Wenn die schizophrene Art der Verdrängung bzw. Hemmung einsetzt, spürt dies das Ich sofort in Form eines Entfremdungsgefühls. Im Falle Schrebers war das Gefühl des Weltuntergangs eigentlich kein Wahn, sondern die genaue Beschreibung, die das relativ wenig affizierte Ich vom Verlust von Objekten, Erinnerungen usw. gab. Das Ich hat einfach registriert, daß die reale Welt mit ihren bedeutungsvollen Objekten untergegangen ist, und daß diese Tatsache die Ichstruktur erschüttert.

Gleichzeitig kommt es zu einer Stauung von Libido. Infolge der Abwehr ist der seelische Bereich, in den Libido übergeleitet werden kann, beschränkt. Die Besetzung fließt in die noch offengebliebenen Kanäle. Es kommt zu einem unerwarteten wahnhaften oder halluzinatorischen Erlebnis, was wiederum vom Ich wahrgenommen wird. Man kann den Teil des Ich, der die Beziehung zur Realität überwacht, als Ich-Operator (ego-operator) bezeichnen. Die massive Hemmung kann nun den Ich-Operator von bestimmten Teilen des Ich abschneiden, die ihm bei der Beurteilung der Realität helfen. Er muß daher das annehmen, was er als die aktuelle Realität registriert hat. Der Ich-Operator versucht, eine geschwächte Exekutivfunktion gegen die drohende neue Realität aufrechtzuerhalten. Ein weiterer Abwehrmechanismus ist die Verstärkung der Hemmung bis zum klinischen Bild der Katatonie. Bei der Katatonie sind die höheren Hirnfunktionen in einem Maße gehemmt, daß eine Ähnlichkeit mit organoneurologischen Syndromen entsteht (eine funktionelle Dekortikation). Dieser Zustand führt zur Stauung der Libido, die Abfuhrmöglichkeiten werden immer geringer, es kommt zu motorischen Erregungszuständen, oder das klinische Bild ändert sich im Sinne der Hebe-
phrenie. – Mit dem gleichen Prinzip ist die einfache Schizophrenie zu erklären, wenn man von einem geringen Quantum an Libido ausgeht. Der seelische Apparat wird nicht

mit großen Besetzungsenergien überflutet, etwa auftretende Halluzinationen sind nicht derart lebhaft und wild, daß ihnen das Ich nicht standhalten könnte. (Bei der paranoiden Schizophrenie und besonders bei der Paranoia kommt es kaum zu überschießender Hemmung, hier reichen meist die einmal benutzten Abwehrmechanismen aus.)

Bestimmte Hirnerkrankungen zeigen, was geschieht, wenn größere Hirn-Bereiche von der Zufuhr von Besetzungsenergie abgeschnitten sind. Der motorische Aphasiker ist gespannt, äußert sich in explosiver Weise und macht begleitende Gesten. Beim Korsakoff-Patienten, bei dem Assoziationsbahnen zugrunde gegangen sind, läuft die Besetzungsenergie in den noch offenen Kanälen, es kommt zu Konfabulationen und Halluzinationen. Das Ich versucht, die Steuerung aufrechtzuerhalten, was ihm aber bei der Beschränktheit der noch verbliebenen Besetzungswege kaum gelingt.

Wird bei der Schizophrenie die Hemmung chronisch, dann gehen bestimmte Funktionen infolge Nichtbenutzung irreversibel verloren. Es ist hier weniger an eine Atrophie von Neuronen gedacht, was ja im allgemeinen bei der Schizophrenie nicht zu finden ist, sondern an eine bleibende Veränderung der Physiologie ohne Zelluntergang. Bei der Korsakoffpsychose konnte nachgewiesen werden, daß die Erinnerungsspuren erhalten sind, aber nur in symbolischer Form zum Ausdruck kommen können, weil ein organischer Faktor die Reproduktion hemmt.

Oft hat man auch Psychose und Traum in einen funktionellen Zusammenhang gebracht. Im Schlaf sind viele Vorstellungsfunktionen gehemmt. Führt ein vom Tag herrührender Reiz zu einer Besetzung, so trifft diese nie den genauen Inhalt, es kommt nur zu angenäherten Gedanken und Vorstellungen, was zu Abwehrzwecken verwendet wird. Die angenäherten Gedanken und Vorstellungen sind aufleuchtende visuelle und auditive Erinnerungen, welche infolge der Spärlichkeit der offenen Verbindungskanäle, verglichen mit dem Wachzustand, in einer desorganisierten Verfassung sind. Trifft die Besetzung den aktuellen Inhalt, der dem Ich bedrohlich erscheint, dann bricht Angst aus und der Schlaf wird gestört.

Der Autor veranschaulicht seine Thesen mit Hilfe einer kurzen Falldarstellung. Es handelte sich um eine psychosenahe Patientin, bei der sowohl hereditäre Momente als auch die Neigung zu überschießender Verdrängung nachzuweisen waren.

Die Besetzungsvorgänge werden vom Ich manipuliert, welches eine Reihe von funktionellen Unterabteilungen besitzt. Eine dieser Unterabteilungen registriert zentral die Sinneseindrücke, die von der Außenwelt übermittelt werden. Weiterhin werden innere Wahrnehmungen registriert sowie die komplizierten Besetzungen, die wir unter dem Begriff „Denken“ verstehen. Alle diese Funktionen werden im Begriff des Ich-Operators (ego-operator) zusammengefaßt, dem auch ein Archiv an Erinnerungen zur Verfügung steht. Nicht zuletzt dient diese funktionelle Einheit der Aufrechterhaltung der Homöostase.

Author's address:

Morris Merton Kessler, M. D.
404 Park Chester Medical Building
10605 Chester Ave.
Cleveland 6, Ohio/USA

Über verschiedene Techniken der psychiatrischen Exploration und ihre Anwendungsbereiche

W. Schumacher*

Unter den Verfahren, die der psychopathologischen Diagnostik zur Verfügung stehen, kommt der psychiatrischen Exploration ohne Zweifel eine besondere Bedeutung zu. Sie gehört zum Kernbestand der klinischen Arbeit, und es ist daher kaum verwunderlich, daß gerade sie immer wieder in den Mittelpunkt methodischer Überlegungen gestellt wird. Im Gegensatz zu anderen Verfahren ist die psychiatrische Exploration keineswegs etwas Rigides, Starres, sie verlangt nicht die Einhaltung fester Regeln oder Vorschriften, ein Umstand, der bekanntlich sowohl Vorteile als auch Nachteile mit sich bringt. Ein Vorteil dieser Variabilität besteht in der weitgehenden Anpassungsfähigkeit des Verfahrens an je bestimmte Zielsetzungen. Die vorliegenden Betrachtungen möchten speziell diesen Aspekt in einigen Überlegungen verfolgen.

Die Entwicklung der Psychopathologie ist in einer Hinsicht dadurch ausgezeichnet, daß immer neue, zunächst scheinbar nebenstehende Wissenschaftsgebiete einbezogen und für das Denken und Verstehen im engeren Fachbereich fruchtbar gemacht wurden. Solche Gebiete waren bekanntlich die Philosophie, insbesondere die philosophische Anthropologie, die Soziologie usw. Die bedeutendste Rolle in diesem Zusammenhang kommt wohl der Psychoanalyse zu. Obwohl sie von ihrem Wesen her der Psychiatrie nie ferne stand, führte sie doch lange Zeit hindurch sözusagen ein Eigenleben, bis sie in den letzten Jahren mehr und mehr in die theoretische und auch praktische Arbeit der Psychiatrischen Klinik aufgenommen wurde. Inzwischen hat die Psychiatrie in weitem Umfange den in der Psychoanalyse enthaltenen dynamischen Gedanken aufgegriffen und für sich ausgewertet.

Da jede Wissenschaft ihre eigene Methodik hat, bringt die Einbeziehung neuer Aspekte zugleich auch die Notwendigkeit der Einbeziehung neuer Methoden mit sich. Am Beispiel der psychiatrischen Exploration, dem klinisch wohl wichtigsten Untersuchungsverfahren, möchten wir dies aufzeigen. Es ist so, daß die von der Psychoanalyse entwickelte Explorationstechnik von der psychiatrischen Exploration im klassischen Sinne nicht unerheblich abweicht. In mancher Hinsicht bilden beide Vorgehensweisen geradezu Gegensätze. Die Verschiedenheit der Methoden ist in der Verschiedenheit der Zielsetzungen begründet. In einem Fall ist das Ziel die Stellung einer nosologischen, im anderen die einer dynamischen Diagnose. Insofern es heute über eine deskriptive Nosologie hinaus mehr und mehr auch auf die Erfassung dynamischer Zusammenhänge ankommt, erscheint es wichtig, die dazu zur Verfügung stehenden Verfahren in ihrem methodischen Aufbau zu kennen, um damit ihre Aussagemöglichkeiten, Grenzen und auch Gefährdungen abschätzen zu können.

Die klassische Psychopathologie handhabt die Exploration im Sinne einer phänomenologischen Analyse. Die Bezeichnung „phänomenologisch“ meint hier kein speziell philosophisches Vorgehen, sondern das einfache, vorurteilslose,

* Dr. Dr. med., Priv.-Doz., Neuropsychiatr. Univ.-Klinik, Gießen.

möglichst vollständige Erfassen und Beschreiben von angetroffenen Gegebenheiten (G. A. Foulds 1955, 1958; F. Kehrer 1927, 1951; W. Metzger 1952; W. Schumacher 1963; A. Wellek 1952 u. a.). Es liegt dabei die Absicht zugrunde, auf diesem Wege einen genauen Überblick über die bei einem Patienten vorliegenden Symptombestände zu erhalten, diese in ihrer Beschaffenheit kennenzulernen, ihren Aussagewert zu beurteilen, um sie schließlich zu einer Diagnose zu verarbeiten. Es ist ein aufsuchendes und feststellendes Vorgehen. Der so Explorierende verhält sich beobachtend, er verschafft sich eine Übersicht, geht ins Detail, greift Einzelsymptome heraus, tastet sie ab, prüft sie, gleich wie ein Baumeister seine Steine prüft, um ihre Tragfähigkeit und Brauchbarkeit zu ermessen. Bei allem verhält sich der Untersucher rezeptiv. Um das Bild nicht subjektiv zu verfärben, wird er sich selbst so wenig wie möglich ins Spiel bringen. Aktive Eingriffe wie Provozieren, gewolltes Vorbeifragen mit der Absicht, eine Originalaussage zu erhalten usw., dienen lediglich der Herstellung besserer Beobachtungsmöglichkeiten. Wir möchten dieses Vorgehen als die *phänomenologisch-objektivierende* Form der Exploration bezeichnen. Ihre Zielsetzung ist eine Bestandsaufnahme der Phänomene, deren Bewertung und nosologische Zuordnung. Das methodische Prinzip ist, ganz allgemein gesagt, die Beobachtung, wobei sich der Explorierende im Idealfalle wie eine Wachsplatte verhält, in die hinein sich das Bild des Patienten einzeichnet. Die Bedeutung dieser Form der Exploration ist unbestritten. Wir alle sind in unserer täglichen Arbeit auf sie angewiesen und trotz mancherlei Bemühungen steht uns bislang kein besseres Verfahren zur nosologischen Differenzierung zur Verfügung.

Kommt es nun darauf an, über die klinische Diagnose hinaus Einblicke auch in die psychodynamische Seite einer Störung zu gewinnen, so wird man sich hierzu des von der Psychoanalyse entwickelten Vorgehens bedienen. Für dieses Verfahren hat sich im dortigen Schrifttum die Bezeichnung „Interview-Technik“ eingebürgert (H. Argelander 1965). Zu berücksichtigen ist dabei, daß die Bezeichnung „Interview“ hier nicht das meint, was etwa die soziologischen Wissenschaften hierunter verstehen. Das psychoanalytische Interview ist keine Frage- oder Abfrage-Technik, sondern eigentlich das genaue Gegenteil davon. Auch hierbei handelt es sich um ein exploratives Arrangement, das jedoch in methodischer Hinsicht in wesentlicher Weise vom klassischen Vorgehen abweicht. Man kann diesen Weg auch als *dynamisch-verstehende* Form des Explorierens bezeichnen und sie der phänomenologisch-objektivierenden gegenüberstellen. Es erscheint von Interesse, die hier bestehenden Unterschiede herauszuarbeiten und sie in ihren jeweils verschiedenen Ansätzen zu erörtern.

Bevor wir versuchen wollen, diese Zusammenhänge an einem Beispiel näher zu beleuchten, seien zunächst einige wesentliche Unterscheidungsmerkmale genannt:

1. Während das klassische Vorgehen bemüht ist, alle gefühlhaften Momente aus der Beziehung zwischen Untersucher und zu Untersuchendem herauszuhalten, da sie die kognitiven Möglichkeiten im Sinne einer subjektiven Verfärbung beeinträchtigen könnten, erhebt die dynamische Erfassung dies geradezu zu ihrem methodischen Prinzip. Hier ist es der Weg, um dynamische Prozesse zu erkennen und zu verfolgen.

2. Die phänomenologisch-objektivierende Form des Explorierens verlangt ein aktives Zugreifen. Die Phänomene werden gewissermaßen in die Hand genommen, sie werden einzeln untersucht und in ihrem Aussagewert geprüft. Der in der anderen Form Vorgehende verhält sich abwartend, auf keinen Fall wird er zugreifen oder in den Patienten eindringen. Es ist weniger die Qualität der Phänomene, die ihn interessiert, als vielmehr die vorhandenen affektiven Strömungen, in die diese eingebettet sind oder aus denen sie entstehen. Es ist hierbei nicht die Frage, wie bestimmte Phänomene, etwa Wahrnehmungsveränderungen, aufgebaut sind, die Frage ist vielmehr, welche Rolle diese im dynamischen Wechselspiel einnehmen, wozu der Patient sie benötigt, was er etwa damit abwehrt, zuläßt usw.

3. Die Eingriffe des objektivierenden Untersuchers geschehen in der Absicht, die vorhandenen Einzelphänomene besser zu erkennen, sie herauszuschälen, zu zerlegen usw. Die Eingriffe des in der anderen Form Vorgehenden haben den Zweck, Bedingungen zu setzen, mit denen der zu Untersuchende umgehen muß. Es werden etwa Deutungen angeboten und deren Wirkung verfolgt. Während man im ersten Falle die Phänomene zwar isoliert, umgrenzt usw., hütet man sich jedoch davor, sie als solche zu verändern. Gerade dies würde die Diagnostik stören. Demgegenüber zielt das andere Verfahren geradezu darauf ab, die Verhältnisse im zu Untersuchenden zu verändern, geht es doch darum, aus diesen Veränderungen Aufschlüsse über die Art der Zusammenhänge zu gewinnen.

Das hier Gemeinte sei an einem Beispiel verdeutlicht. Wir wählen dazu einen Fall, der uns veranlaßte, innerhalb ein und derselben Untersuchungssituation von der einen Explorationsform in die andere überzuwechseln.

Werner B., ein 25jähriger Student, wurde von einem Fachkollegen mit der Diagnose: „Erschöpfungs- und Versagungszustand im Examen auf neurotischer Persönlichkeitsgrundlage“ überwiesen. Es wurde die Frage nach evtl. Möglichkeiten einer psychotherapeutischen Behandlung gestellt. Da zunächst keine Veranlassung gegeben war, die klinische Diagnose einer neurotischen Störung in Zweifel zu ziehen, und da es zur Beurteilung der Frage, ob und ggf. welche psychotherapeutischen Maßnahmen anzuwenden seien, wesentlich auf die Stellung einer dynamischen Diagnose ankam, entschlossen wir uns, entsprechend vorzugehen.

Der Patient, ein mittelgroßer, schlanker, intelligent aussehender junger Mann – er wirkte jünger als es seinem Alter entsprach – betrat das Zimmer. Der Untersucher bat ihn Platz zu nehmen und wandte sich ihm, ohne daß zunächst ein Wort gesprochen wurde, freundlich, jedoch abwartend zu. Eine gewisse Röte zeigte sich bald an Hals und Gesicht des Patienten, er verhielt sich etwas unruhig. Es war zu spüren, daß es weniger Verlegenheit als eine leichte Angst war, die in ihm aufstieg. Plötzlich, gleichsam, als ob er das Schweigen nicht mehr länger ertragen könnte, begann er zu sprechen: Er sei gekommen oder vielmehr geschickt worden, um über sich Klarheit zu gewinnen. Obwohl er sich für nicht ausreichend begabt halte, habe er es bis zum Eintreten in die Diplomprüfung gebracht. Jetzt aber seien seine Schwächen offenkundig geworden. Das Wenige, was er sich angelernt habe, könne er nicht verwerten, da sein Gedächtnis unzuverlässig sei, teilweise sogar aussetze. Vor einigen Tagen habe er die Klausur geschrieben, es sei sogar ein leichtes Thema gestellt worden, aber selbst dabei habe er versagt. Nur etwa 10 Seiten habe er zusammengebracht. Sofort sei ihm klar gewesen, daß die Arbeit danebengegangen sei. Einen Tag später habe er im Vorzimmer des Prüfungsvorsitzenden, Herrn Prof. F., vorgeschrieben, um sich neue Termine zu holen. Während er wartete, sei Prof. F. durch das Zimmer gegangen. Er, der Professor, habe ihn zwar

begrüßt, aber die Art und Weise, wie das geschehen sei, und vor allem die Blicke, die Prof. F. mit der Sekretärin ausgetauscht habe, seien bezeichnend gewesen. In diesem Moment habe er, Patient, klar erkannt, daß es aus sei. Bisher sei er zwar immer gut zurechtgekommen, das Vordiplom habe er mit „sehr gut“ bestanden, aber damals habe er eben Glück gehabt. Im Grunde sei es so, daß er für einen akademischen Beruf nicht tauglich sei. Jedenfalls bestünde jetzt Klarheit. Er habe sich bereits an das Arbeitsamt gewandt, er wolle einen einfachen Beruf ergreifen, so wie ihm das von seiner Familie immer schon angeraten worden sei. Sein Vater sei ein einfacher, aber rechtschaffener Arbeiter gewesen und auch in seiner weiteren Familie habe es immer nur Arbeiter und Bauern gegeben. Bei ihm sei eben auch nicht mehr an Grundlage vorhanden. Eigentlich habe er das auch immer gewußt, aber vielleicht nicht so wahrhaben wollen. Der Beamte des Arbeitsamtes habe ihm geraten, vor weiteren Schritten zunächst einen Arzt aufzusuchen, und das habe er nun auch getan.

Der Patient redete wie über eine bereits abgeschlossene Sache. Er sprach quasi feststellend, jedoch nicht ohne einen wegwerfenden, sich-selbst-anklagenden und herabsetzenden Unterton. Der Untersucher registrierte bei sich das Gefühl, ihm zu widersprechen, aber – in dieser ersten Phase der Exploration – weniger im Sinne eines Helfen-, ihn Trösten- und Aufrichten-Wollens, sondern mehr im Sinne eines Ärgerlich-Werdens, eines ihm Vorhaltungen-machen-, ihn Zurechtweisen-Wollens.

So z. B. war es ja offenkundig, daß der Patient das objektive Resultat nicht kannte, daß er lediglich auf sein Gefühl hin die Prüfung, ja sogar das ganze Studium aufgeben wollte. (Wie noch darzustellen sein wird, ergab sich in einem späteren Gespräch mit dem Prüfungsvorsitzenden, daß der Patient fachlich einer der besten Studenten war und die fragliche Klausurarbeit mit „sehr gut“ vorzensiert wurde.) Die Versuchung, in die der Untersucher geriet, nämlich ärgerlich, auf den Patienten böse zu werden, ihm die Realität vorzuhalten, ihn quasi zu schütteln usw., entsprach offenbar dem unbewußten Bedürfnis des Patienten, so behandelt zu werden. Auch mit sich selbst ging er ja in dieser Weise um. Er schimpfte über sich, setzte sich herab, bezichtigte sich der Unfähigkeit usw.

Obwohl sich eine leicht ärgerliche, sogar etwas aggressiv getönte Spannung im Untersucher konstatiert hatte (etwa im Sinne eines „stellen Sie sich nicht so dumm an“, „nehmen Sie doch Vernunft an“ usw.), sagte dieser zunächst nichts, sondern blieb nach wie vor freundlich zugewandt. Offensichtlich hatte dies eine stark frustrierende Wirkung auf den Patienten. Der Untersucher gab ihm nicht, was er haben wollte, nämlich Vorhaltungen, Zurechtweisungen. Nach einer Weile – offenbar hatte die Spannung bei dem Patienten einen gewissen Höhepunkt erreicht – stand dieser auf und meinte, es sei zwar freundlich, ihm so lange zuzuhören und ihn nicht gleich fortgeschickt zu haben, aber jetzt könne er ja wohl gehen.

An dieser Stelle schien es für den Untersucher möglich, ihm, dem Patienten, sein Verhalten und insbesondere sein Bedürfnis, so wie der Untersucher es bei sich empfand, zu zeigen. Er sagte, er habe das Gefühl, daß es ihm, dem Patienten, hauptsächlich darauf ankomme, ihn böse zu machen. Obwohl, wie er selber ja sage, seine bisherigen Studierfolge dagegen sprächen, stelle er sich als völliger Versager hin und wolle auch von anderen abgewertet und bestraft werden. Wenn er eben habe weggehen wollen, so entspreche das vielleicht in Wirklichkeit einem Wunsche, nämlich weggeschickt zu werden, so wie möglicherweise auch er es sei, der von seinen Professoren abgelehnt und fortgeschickt werden wolle.

Der Patient schien über diese Deutung zunächst verblüfft. Es war zu beobachten, wie er sich damit auseinandersetzte. Nach einer Weile schüttelte er den Kopf und meinte, es sei wirklich nicht so, er sei wirklich nicht fähig, aber wenn der Untersucher meinte, daß er . . ., er wolle ja gerne alles tun, wenn der Untersucher es für richtig halte . . ., er habe immer den guten Willen gehabt, sei auch immer fleißig gewesen . . . usw. Er sei jedoch nicht überzeugt, daß er es schaffen würde, er könne eben nicht genug.

In deutlicher Abhebung von der ersten Phase empfand der Untersucher nun das Bedürfnis, ihn aufzurichten, zu trösten, ihm Mut zuzusprechen usw. Der Patient verhielt sich hilflos, unterwerfend, wobei er sein Gegenüber zugleich mit Macht ausstattete, alle Entscheidungen an ihn abzutreten bereit war.

Der Untersucher sagte, eben habe er noch ihn auf sich böse machen wollen, jetzt glaube er offenbar, sich ganz unterwerfen, alles von seinem Urteil abhängig machen zu müssen. Diese erneute Zurückweisung hatte zur Folge, daß der Patient nun seinerseits ärgerlich wurde. Und zwar zog er diesmal nicht gegen sich zu Felde, sondern gegen die anderen. Er sagte, alle seien wie Prof. F. Man würde ihn bloß zappeln lassen. Auch der Untersucher wisse im Grunde Bescheid und warum man nicht sagen wolle, so oder so.

Obwohl dieser aggressive Anflug rasch vorüberging und der Patient seine sich-unterwerfende Position nicht völlig aufgab, schimmerte doch eine nicht unerhebliche Aggressivität durch. Als er von Prof. F. sprach, nahmen seine Züge für einen Moment einen harten, fast wütenden Ausdruck an. Der Untersucher entschloß sich, den Patienten auf dieses Detail hin anzusprechen. Er tat dies in vorsichtiger Form, weil zu spüren war, in welchem kritischen Feld man sich befand. Der Untersucher sagte also, vielleicht fühle er, der Patient, sich von Prof. F. ungerecht behandelt und möglicherweise habe das auch die Folge gehabt, daß er sich als Versager vorkomme, daß er jetzt nicht mehr glaube, weitermachen zu können.

Die Deutung hatte eine sichtlich entlastende Wirkung. Offenbar fühlte sich der Patient verstanden. Er meinte, er sei sich in den letzten Jahren immer im unklaren darüber gewesen, wie Prof. F. eigentlich zu ihm stünde. Manchmal habe er ein durchaus gutes Gefühl gehabt, dann wieder das Gegenteil. Vor ein paar Monaten noch habe ihm Prof. F. sogar die Möglichkeit in Aussicht gestellt, nach dem Examen an seinem Institut weiter zu arbeiten und zu promovieren. In den letzten Wochen habe sich jedoch seine Einstellung offenbar gründlich gewandelt. Jetzt im Examen sei, wie sich zeige, die Maske gefallen.

In diesem Zusammenhang berichtete der Patient nun über eine Reihe von Erlebnissen, die aufhorchen, ja die an der Überweisungsdiagnose einer neurotisch begründeten Störung Zweifel aufkommen ließen. Der Patient schilderte, daß das Thema der Klausur wohl deshalb so leicht gestellt worden sei, um ihn, den Patienten, ganz sicher zur Strecke zu bringen; denn wenn er nicht einmal das schaffe, sei es ja klar, daß er unfähig sein müsse. Während der dreistündigen Klausurarbeit habe man ihm, als einzigem, den Platz vorgeschrieben. Er habe sich genau vor den beaufsichtigenden Assistenten setzen müssen. Dieser habe ihn auch fortwährend beobachtet. Dabei habe er, der Assistent, so getan, als kümmere er sich um nichts. Er, der Patient, wisse genau, daß man ihn damit aufs Glatteis habe locken wollen. Als man gemerkt habe, daß er darauf nicht hereinfalle, habe man andere Tricks versucht. So z. B. sei der Assistent vorübergehend sogar hinausgegangen. Sicher habe man ihn dabei durch irgendeine Einrichtung beobachtet. Er habe das gleich gemerkt, aber bisher niemandem etwas darüber gesagt. Denn wenn er etwas sage, so könne das ja sehr leicht gegen ihn verwendet werden. Auch die Sekretärin von Prof. F., bei der er einen Tag später gewesen sei, habe ihn so merkwürdig angeschaut usw.

Der Untersucher stand nunmehr vor einer veränderten Situation. Die nosologische Diagnose war zweifelhaft geworden. Der Patient hatte verschiedene Andeutungen gemacht, die die Möglichkeit einer dahinterstehenden psychotischen Erkrankung sehr in Betracht ziehen ließen. Der Untersucher mußte Klarheit gewinnen und entschloß sich unter diesen Umständen dazu, die bisherige Untersuchungsform aufzugeben und in eine klassische Exploration einzutreten.

Er ging nunmehr aktiv vor und befragte den Patienten nach jedem einzelnen Detail seiner verdächtig erscheinenden Erlebnisse. Der Patient gab bereitwillig Auskunft. Auch bei sorgfältiger Durchforschung konnten zumindest Primärsymptome nicht verifiziert

werden. Es blieb alles situativ einfühlbar, manches verflüchtigte sich auch beim näheren Zugreifen. (Auf eine Darstellung im einzelnen kann verzichtet werden, da es sich hierbei um die allgemein bekannte, klassische Explorationstechnik handelte.) Die Gewißheit, daß tatsächlich keine Psychose vorlag, erhielt der Untersucher dann, als er in Abwesenheit des Patienten, aber mit dessen Einverständnis mit Prof. F. sprach und von ihm eine objektive Anamnese erhielt. Wie bereits bemerkt, stellte sich heraus, daß der Patient als sehr guter Student bekannt war. Prof. F. hatte tatsächlich Anweisung gegeben, ihn während der Klausurarbeit allein zu setzen, da man wußte, daß er sich von anderen Studenten (vor allem von ausländischen Kommilitonen) ausnützen ließ und man die Möglichkeit, daß die anderen von ihm Informationen erhielten, ausschalten wollte. Auch habe er, Prof. F., seine Sekretärin ausdrücklich angewiesen, Examenkandidaten gegenüber ein möglichst indifferentes Gesicht zu wahren, da man die Erfahrung gemacht habe, daß viele Studenten wahre Meister der Prüfungspsychologie seien und alle Wege benützten, um ihre Berechnungen anzustellen. Das alles habe aber mit dem Patienten überhaupt nichts zu tun. Er, Prof. F., bitte, ihm das zu sagen und auf jeden Fall auf ihn einzuwirken, daß er baldmöglichst zu ihm komme, damit er das Examen abschließe, an dessen Erfolg nicht die geringsten Zweifel bestünden usw. Der Patient war über diese Mitteilung sehr erfreut. Er versprach, sofort zu Prof. F. hinzugehen, auf den er – wie aus dem ganzen Verlauf ja auch erkennbar wurde – stark bezogen war. Weitere Beratungen nach Beendigung des Examens wurden vereinbart.

Wenn wir noch versuchen, die dynamischen Verhältnisse, so wie sie sich bei dem Patienten darstellten, kurz zu skizzieren, so würden wir – bei allen Vorbehalten, die sich aus dem Umstand ergeben, daß es sich lediglich um eine einmalige Untersuchung handelte – folgende Auffassung vertreten: Die Situation der Prüfung hatte – wie häufig – zu einer Wiederbelebung früher, nie ganz bewältigter Vater- bzw. Autoritätskonflikte geführt. Das Examen war für unseren Patienten eine Kampfsituation, in der er dem allmächtigen, zugleich geliebten und gehaßten Vater gegenüberzutreten mußte. Zweifellos bestanden starke unbewußte Wunschregungen, den Vater zu entmächtigen. Wie die Untersuchung erkennen ließ, hatte der Patient zwei Abwehrformen hiergegen entwickelt. Die eine bestand darin, daß er sich für diese Wünsche bestrafte. Er ging gewissermaßen streng mit sich ins Gericht, verurteilte sich, bezichtigte sich der Hybris und forderte uns auf, ihn ebenfalls fortzuschicken, uns über ihn zu ärgern. Dieses Vorgehen entsprach seinem Verhalten im ersten Abschnitt der Untersuchung. Als wir ihm unsere Mithilfe dabei versagten, zeigte sich die zweite Abwehrmöglichkeit. Sie bestand in einem Sich-hilflos-, Sich-klein-Machen. Er unterwarf sich, lieferte sich aus usw. in der unbewußten Vorstellung, daß die Väter ihn dann schonen würden.

Es wäre hierzu im einzelnen noch viel zu sagen, jedoch mögen diese skizzenhaften Angaben genügen, da es hier nicht auf die Dynamik als solche ankommt, sondern vielmehr auf die methodischen Aspekte, wofür diese Untersuchung lediglich ein Beispiel sein sollte. Die Verschiedenheit der beiden Formen, in der vorgegangen wurde, mag dabei deutlich geworden sein. Im ersten Abschnitt ging es um eine Erfassung der dynamischen Verhältnisse. Im Prinzip wurden dabei dieselben Mittel angewendet, deren man sich auch im Rahmen der analytischen Situation bedient, um dynamische Prozesse, Übertragungen, Abwehrvorgänge usw. in Gang kommen zu lassen und zu beobachten (H. Ezriel 1960/61; P. Heimann 1950 u. a.).

Welches nun sind – methodisch gesehen – diese Unterschiede, und was folgt

aus ihnen? In der Gegenüberstellung läßt sich dies wohl am besten erkennen. Das methodische Prinzip der klassischen Exploration ist die Beobachtung. Phänomene werden betrachtet, sie werden analysiert, herausgeschält, abgegrenzt, in ihrem Zusammenhang gesehen, sie werden rubriziert, eingeordnet, zueinander in Beziehung gesetzt usw., aber sie werden nicht als solche verändert. Wie schon ausgeführt, hat der Explorierende dabei eine rein rezeptive Einstellung zu wahren. Er soll von sich selbst nichts in die Situation hineintragen, so daß sich – im Idealfalle – die Diagnose ausschließlich auf Merkmale gründet, die vom Patienten herrühren, an ihm gewonnen wurden.

Damit sind zugleich die Fehlermöglichkeiten umrissen, mit denen bei der Anwendung dieses Verfahrens zu rechnen ist. Sie liegen hauptsächlich in Richtung einer subjektiven Verfärbung der Ergebnisse. So z. B. kann der Blick des Untersuchenden durch Vormeinungen, durch primäre Eindrucksqualitäten oder sonstige Einflüsse wie Affekte usw., verstellt sein. Dies kann dann sowohl zu einer unvollständigen Merkmalerfassung führen, d. h. bestimmte Merkmale (meist solche, die dem Untersucher nicht passend erscheinen) werden übersehen, ausgelassen, oder aber es erfolgt eine unkorrekte Bewertung und Deutung der richtig festgestellten Einzelmerkmale. Eine andere, von der Person des Untersuchenden unabhängige Fehlergefahr liegt in der mangelnden Repräsentativität der Stichprobe. Da eine Exploration immer nur eine zeitlich begrenzte Beobachtung sein kann, ist notwendigerweise die Exposition des Patienten eine relativ kurzdauernde. Dies kann u. U. dazu führen, daß wesentliche Merkmale gerade in dieser Zeit nicht in Erscheinung treten. Wenn man auch bemüht ist, durch aktives Zugreifen, durch „Eindringen“ oder „Herausexplorieren“, die Chancen in Richtung einer vollständigen Merkmalerfassung zu verbessern, so lassen sich gerade die in dieser Beziehung gelegenen Nachteile dennoch nicht ganz ausgleichen. Immerhin genügt in vielen Fällen die sich bietende Phänomenauswahl, um eine Diagnose stellen zu können. Verallgemeinernd läßt sich sagen, daß beide Fehlerquellen auf einer Manipulation der Merkmale beruhen, im einen Falle auf einer Verfärbung, im anderen auf einer Unvollständigkeit oder Einseitigkeit der Merkmalsauswahl. Es wird damit gegen das methodische Prinzip verstoßen, auf dem jede Beobachtung basiert, nämlich das Prinzip des Nicht-Eingreifens in die Phänomene.

Wie wir in dem angeführten Beispiel zu zeigen versuchten, ist das Vorgehen im anderen Falle ein durchaus anderes. Mit dem Mittel der Deutung, dem Anbieten von Konstruktionen, wird hier bewußt in den Verlauf eingegriffen. Es werden Bedingungen gesetzt und deren Wirkung, d. h. die Art und Weise, wie der Patient damit umgeht, beobachtet. Methodisch gesehen, handelt es sich damit bereits um ein Experimentieren. Es wird gezielt in die Vorgänge eingegriffen mit der Absicht, aus der nachfolgenden Reaktion in die jeweils vorhandenen Verhältnisse Einblick zu gewinnen. Im Gegensatz zur einfachen Beobachtung verlangt diese Anordnung bestimmte Voraussetzungen. Notwendig ist vor allem eine ausreichende Übersicht über die Ausgangsbedingungen. Anderenfalls verhält man sich wie jemand, der ins Dunkle hinein schlägt und hofft, daß er etwas trifft, wovon er nicht einmal weiß, ob es vorhanden ist. Die Forderung einer hinreichenden Bedingungsübersicht ist zugleich die schwache Stelle dieses Verfahrens. Sie ist in jedem Falle nur unvoll-

kommen zu erfüllen. Das Mittel, mit dem man eine Orientierung zu erreichen versucht, ist in erster Linie die Kontrolle der Übertragung. D. h. der Untersucher läßt sich anmuten, er achtet darauf, in welcher Rolle er sich dem Patienten gegenüber fühlt, welche Reaktionen in ihm, dem Untersucher, entstehen, wie er am liebsten mit dem Patienten umgehe usw. Man weiß, daß dies ein Weg ist, um zu erfahren, wie der Patient seinerseits wünscht, daß der Untersucher mit ihm umgehe. In unserem Beispiel etwa wollte der Patient zunächst vom Untersucher abgelehnt werden, dann stattete er ihn mit Macht aus, der er sich unterwerfen wollte usw. Ist in dieser Weise eine, wenn auch höchst vorläufige Orientierung erreicht, so bietet der Untersucher dem Patienten eine Konstruktion an, d. h. er verbalisiert die Tendenzen des Patienten und setzt sie in Beziehung zu seinem sonstigen Erleben und Verhalten. (Zu einer vollständigen Konstruktion gehört allerdings die Einbeziehung genetischer Gesichtspunkte.) Im angeführten Beispiel bot der Untersucher eine, wenn auch im strengen Sinne unvollständige Konstruktion an, als er sagte, daß er, der Patient, offenbar fortgeschickt werden wolle, und daß er ein Gleiches auch gegenüber dem Prüfer, Prof. M., erlebe. Wie immer, wenn ein solches Angebot trifft, stellt sich der Patient darauf ein, er geht damit um und schreitet in irgendeine Richtung fort. Indem man ihm folgt und evtl. an einer anderen Stelle wieder eingreift, kann es gelingen, einen gewissen Einblick in die vorhandenen dynamischen Verhältnisse zu erlangen. Außerdem ist es – unter günstigen Umständen – auch hier schon möglich, dem Patienten zu helfen und ihn zu entlasten.

Die Voraussetzung dafür, daß Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse in Gang kommen (die dann kognitiv ausgewertet werden können), ist die Herstellung einer besonderen, quasi-analytischen Situation. Der Untersucher muß sich exzentrisch zum Patienten einstellen, d. h. er muß versuchen, dem Patienten von vornherein so gegenüberzutreten, daß dieser seine unbewußten Tendenzen in jeder Richtung frei entfalten kann. Hierzu gehört, daß er, der Untersucher, sich so weit wie möglich jeder eigenen Aktivität enthält, daß er nicht in den Patienten eindringt, Zusammenhänge aus ihm herausexplorieren will usw. Ein solches Verhalten, daß bei der objektivierenden Exploration legitim und notwendig ist, würde hier alle kognitiven Möglichkeiten zerstören. Der Untersucher würde sich dem Patienten von vornherein in einer bestimmten Position zeigen und ihn auf eine bestimmte Rolle festlegen. Allein die Zurückhaltung gibt dem Patienten die Möglichkeit, dynamische Regungen in der von ihm tendierten Form zu entwickeln und versetzt zugleich den Untersucher in die Lage, diese zu erspüren.

Aus dem Gesagten geht hervor, daß ein Wechsel der Explorationsform nicht beliebig erfolgen kann. Es ist zwar möglich – wie ja auch das Beispiel zeigt –, mit dem Versuch einer dynamischen Erfassung zu beginnen und dann in die objektivierende Explorationsform überzugehen. Der umgekehrte Weg ist jedoch nicht gangbar. Hat man mit dem klassischen Verfahren begonnen, sind die gegenseitigen Rollen festgelegt, so ist das Feld für eine dynamische Entfaltung nicht mehr offen genug. Am zweckmäßigsten dürfte es sein, wenn zwei Untersucher zur Verfügung stehen. Als einzelner wird man in jedem Falle mit einer dynamisch verstehenden Exploration beginnen. Um zu wissen, in welchen Bereichen man sich bewegt, ist es jedoch auch hierbei wünschenswert, wenn nicht

gar notwendig, die nosologische Diagnose zu kennen und wenigstens ein ungefähres Bild über die zu erwartende Problematik zu besitzen. Auf entsprechende Voruntersuchungen durch andere wird man also auch hier kaum verzichten können.

Die möglichen Fehlerquellen dieses Verfahrens sind damit schon aufgezeigt. Sie liegen hauptsächlich in zwei Richtungen:

1. Es können unzutreffende Beurteilungen dadurch zustande kommen, daß der Untersucher unbemerkt dennoch eine ganz bestimmte Rolle zum Patienten einnimmt, daß er sich deklariert und damit die Einstellungen des anderen ebenfalls in eine bestimmte Richtung lenkt, sie festlegt. In solchen Fällen ist das, was der Untersucher zu erkennen vermeint, weniger vom Patienten her determiniert, als von ihm, dem Untersucher selbst bestimmt worden.

2. Es können Fehlbeurteilungen durch unrichtige Einschätzungen dessen, was im Patienten vorgeht, entstehen. Hier liegen die eigentlichen Schwierigkeiten des Verfahrens, das zweifellos hohe Anforderungen stellt. Der Untersucher muß erkennen, welche Rolle der Patient ihm zuschieben will. Er darf – was sicherlich oft schwerfällt – keinesfalls im Sinne des Patienten reagieren und diese Rolle annehmen. Hätte etwa der Untersucher in unserem Beispiel so reagiert, wie es der Patient ihm im zweiten Abschnitt der Exploration nahelegte, d. h. hätte er ihm zugesprochen, ihn aufzurichten und zu trösten versucht, so wäre der kognitive Zugang versperrt worden. Allein der Umstand, daß der Untersucher sich nicht mit dem Patienten einließ, konnte eine dynamische Entfaltung zustande kommen lassen und deren Beobachtung möglich machen. Fehlbeurteilungen können also aus einer unzureichenden Kontrolle der Gegenübertragung entstehen. Die Schwierigkeiten werden noch deutlicher, wenn man bedenkt, daß mit Gegenübertragung nur rein resonante Gefühlsregungen gemeint sind, d. h. Regungen, die im Untersuchenden als Niederschlag dessen entstehen, was im Patienten vorgeht. Wenn diese Zusammenhänge im einzelnen auch komplexer Natur sind, so läßt sich doch ganz allgemein sagen, daß, je mehr die Gefühle vom Untersuchenden selbst, von seinen eigenen Problemen, Bedürfnissen, Forderungen usw. her determiniert sind, desto geringer der kognitive Ertrag sein wird und desto größer die Gefahr von Fehlbeurteilungen ist. Extremerweise ist sogar denkbar, daß es sich statt um Gegenübertragungsregungen um echte Übertragungen handelt, d. h. daß die Gefühlsregungen des Untersuchenden ausschließlich von ihm selbst her bestimmt sind, wobei der Patient dann lediglich als Projektionsfläche der eigenen Wünsche, Ängste oder auch deren Abwehr dient.

Diese Zusammenhänge weiter zu verfolgen, würde den vorgegebenen Rahmen überschreiten. Allgemein läßt sich sagen, daß diese zuletztgenannten Fehlermöglichkeiten auf einer ungenügenden Übersicht über die jeweils herrschenden Bedingungen bzw. auf deren Fehleinschätzung beruhen. Hervorzuheben ist, daß – im Gegensatz zur objektivierenden Exploration – die Anwendung dieser Technik vom Untersucher eine jeweils genaue Beachtung der eigenen Gefühlsbefindlichkeit verlangt. Sie bildet hier das entscheidende diagnostische Mittel.

In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, daß die Psychiatrie schon seit längerem ein Verfahren kennt, das, zumindest von der Oberfläche her gesehen, eine gewisse Ähnlichkeit mit der hier behandelten Technik aufweist. Wir meinen die vor allem von Rümke

für die Schizophreniediagnostik empfohlene Verwertung des sogenannten „Praecox-Gefühls“. Auch hier wird der Untersucher aufgefordert, seine eigenen Gefühle als Diagnostikum einzusetzen.

Methodisch handelt es sich jedoch um etwas durchaus anderes. Abgesehen davon, daß das Praecoxgefühl als ganzheitlich-diffuse, inhaltlich kaum differenzierbare Anmutung unreflektiert bleibt, fehlt der Aspekt des Eingreifens. Die Untersuchung selbst wird nicht als etwas Vorganghaftes aufgefaßt, in das hinein eingegriffen wird mit der Absicht, eine Wirkung zu erzielen und zu beobachten. Die diagnostische Verwendung des Praecoxgefühls gehört daher methodisch zum Bestand der klassischen Exploration. Es handelt sich um die Feststellung eines Merkmals, das sich allerdings von den anderen dadurch unterscheidet, daß es der Untersucher bei sich selbst und nicht beim Patienten findet.

Über die Zielsetzung der Explorationsform, die wir hier als dynamisch-verstehende bezeichneten und der phänomenologisch-objektivierenden gegenüberstellen, wurde das Wesentliche schon gesagt. Wie schon aus der Bezeichnung deutlich wird, geht es um die Erfassung dynamischer Vorgänge im Patienten. Die Technik als solche wurde – wie ebenfalls bereits ausgeführt – von der Psychoanalyse entwickelt und zu Zwecken von Erstuntersuchungen in den letzten Jahren immer mehr ausgebaut (H. Argelander 1965). Die Klärung mancher noch offener Fragen, z. B. die nach der prognostischen Valenz, ist noch im Gange.

Zur Frage des Anwendungsbereiches wäre zu sagen, daß die Brauchbarkeit dieser Technik im wesentlichen auf den Kreis der neurotischen Störungsformen eingeschränkt ist. Psychotische Patienten sind im allgemeinen nicht in der Lage, eine im hier gemeinten Sinne verwertbare Gefühlsbeziehung zum Anderen herzustellen. Aber auch bei neurotisch gestörten Patienten wird diese Fähigkeit recht unterschiedlich sein. Hier spielen dann noch weitere Umstände, die den Untersuchenden selbst betreffen, eine Rolle mit. So z. B. weiß man, daß bestimmte Untersucher bei bestimmten Neuroseformen sehr rasch ein Übertragungsgefälle herstellen können und bei anderen weniger (S. Riemann 1952). Auch diese Fragen weiter zu diskutieren, würde den vorgegebenen Rahmen überschreiten.

Worauf es ankam, war, den methodischen Aufbau dieser speziellen Untersuchungstechnik zu umreißen und dem der bekannten, klassischen Explorationsform gegenüberzustellen. Kenntnisse darüber, wie ein Untersuchungsverfahren aufgebaut ist, können helfen, Fehler zu vermeiden und Gefahren, die zu Fehlbeurteilungen führen, zu umgehen. Da die Erfassung psychodynamischer Vorgänge eine zunehmende Bedeutung innerhalb der psychiatrischen Diagnostik gewinnt, dürfte in der Zukunft mit einer immer breiteren Anwendung der hier diskutierten Technik zu rechnen sein.

Zusammenfassung

Der klassischen psychiatrischen Exploration wird die von der psychoanalytischen Technik her entwickelte dynamisch-verstehende Explorationsform (Interview-Technik) gegenübergestellt. Ausgehend von einem Fallbeispiel, bei dem beide Verfahren nacheinander angewendet wurden, werden die Unterschiede im Aufbau, in der Handhabung und in den möglichen Fehlerquellen beleuchtet. Es wird herausgestellt, daß die methodische Grundlage des klassischen Verfahrens die Beobachtung, die der dynamisch-verstehenden Technik das Experi-

ment ist. Auf die besonderen Schwierigkeiten dieser letzteren Vorgehensweise sowie deren Begrenzung auf den Bereich der neurotischen Störungsformen wird hingewiesen. Absicht der vorliegenden Ausführungen ist es, methodische Gesichtspunkte zu einer besonderen, auf die Erfassung dynamischer Vorgänge abzielenden Explorationsform zu diskutieren, einer Technik, deren Bedeutung im Rahmen der psychiatrischen Diagnostik zunehmen wird.

Literatur

- Argelander, H. (1965): Zur Technik des Erstinterviews, Psyche, Stuttgart.
 Ezriel, H. (1960/61): Psychoanalytische Deutung in der Einzel- und Gruppenpsychotherapie. Psyche 14.
 Foulds, G. A. (1955): Reliability of psychiatry and validity of psychological diagnoses. J. ment. Sci., 101.
 — (1958): Clinical research in psychiatry. J. ment. Sci., 104.
 Freud, S. (1937): Konstruktionen in der Analyse. Ges. W. Bd. XVI, S. 43–56.
 Heimann, P. (1950): On counter-transference. Intern. J. Psychoanal., 31.
 Kehrer, F. (1927): Zur psychiatrischen Exploration. In Hdb. der Geisteskrankheiten, hgb. v. O. Bumke, Bd. I, Berlin.
 — (1951): Das Verstehen und Begreifen in der Psychiatrie, Stuttgart.
 Metzger, W. (1952): Das Experiment in der Psychologie. Stud. Gen., 5.
 Riemann, F. (1959/60): Die Struktur des Therapeuten und ihre Auswirkungen in der Praxis. Psyche, 13.
 Schumacher, W. (1963): Zur Methodologie der psychiatrischen Diagnostik und Forschung. Bibl. Neurol. et Psych. Karger.
 Wellek, A. (1952): Das Problem der Exaktheit in der charakterologischen Diagnostik. Stud. Gen., 5, 1952.

The Psychiatric Interview with different Techniques and Applications

W. Schumacher

The author made a comparison between the classical psychiatric exploration and the dynamic understanding form of exploration (interview-techniques) which had been developed from psycho-analytical techniques.

The classical psychopathology made use of the exploration as a phenomenological analysis. The author calls that the phenomenological objective form of exploration. The goal is to set up the phenomena, their estimation and sociological range.

If it is necessary to get insight into the psychodynamic part of a disturbance above the clinical diagnosis will be handled by the dynamic approach.

The effort of the classical proceeding is to avail all emotional moments between the relation of explorer and explorander, because it could injure the cognitive possibilities as a subjective coloration. However it is the methodical principle of the dynamic proceeding to accentuate just the emotional moments. This is the way to recognize dynamic processes and to follow them up. The phenomenological objective form of approach claims to lay hands on, because the phenomena in a certain manner had to be "touched by the hands", and must be single examined and proved to their value of declaration. The behaviour of the opposite form of approach is to wait, in no case will it penetrate into the patient. Here it is not the quality of phenomena, which is interesting but the actual affective flow. In this form of approach it is interesting what kind of role certain phenomena are playing within the dynamic interchange, for what the patient needs these phenomena and what he averts with them etc.

The intention of the objective explorer by interfering is to recognize better the existing

phenomena. The interference of one who proceeds in the other manner has the purpose to initiate conditions with which the patient has to come to terms. For instance there are offered interpretations and their effect is observed. In the first case the phenomena are isolated, but to change them is avoided. This precisely would disturb the diagnosis. In the opposite the other method tends precisely to change the inner situation of the patient, because it is intended to get informations from these changes about the character of the interrelation. Methodical principles of the classical approach are observation. The ideal condition is when the diagnosis is based only on characteristics discovered by the patient's direct communications. These phenomena are observed, analysed, classified and put in relation to each other. Also the sources of mistakes will be only in this field. They are in that direction that the results will be somewhat subjective, e. g., the observation of the examiner could be misled by preconceived opinions, by primary impressions or other affects. This can lead to an uncompleted invention of phenomena, e. g., certain phenomena might be missed, because the examiner does not think them worthwhile, or they are overlooked, or the valuation and interpretation of a correct single phenomenon are wrong. Another source for mistakes is the lack of representative random samples. Because the exploration takes place always at a given time, under different circumstances significant phenomena do not appear at this special time. If one puts pressure upon an active searching into the finding of phenomena to complete them this will on the other hand give some disadvantage. But in most of the cases the choice of phenomena is sufficient to find the diagnosis.

Generally speaking both sources of mistakes are based on manipulation of the phenomena; in one case through colored observation, in the other case through incompleteness or one-sidedness of the choice of phenomena. This rejects the methodic principle upon which all observation is based, the principle of non-intervention into the phenomena.

The approach in the other case is different. With the means of interpretation, the offer of constructs, he manipulates consciously the course. Type and way of conditions are set up. It is observed how the patient handles them. If you see it methodically, it is already an experiment. With intention he intervenes pointedly in the course and out of the following reaction he understands the existing situation. The means with which one tries to orient oneself, over all are the control of transference e. g., the examiner pays attention, in which role he feels towards the patient, which reactions occur inside himself, how he likes best to talk to the patient, etc. This is one way to learn how the patient himself wishes the examiner to manage him. In this way a temporary orientation is read, so the examiner offers the patient a construct, he verbalizes the tendencies of the patient and puts them in relation to his experience and behavior. If such an interpretation hits the patient addresses himself towards it, picks it up and goes forward in some direction. If one follows him and eventually intervenes again at another point, he can succeed in understanding the existing dynamic relationship. Besides it is also possible in favourable circumstances to help and relieve the patient. The assumption for this that processes of transference and countertransference (which can be cognitively evaluated) start is the construction of a special, quasi analytical situation. The examiner must face the patient in that way that he can freely develop his unconscious tendencies in every direction. The examiner should restrain as far as possible from personal activities, he should not be intrusive, no relations should be explored out of it. With a dynamic understanding such a behaviour would destroy all cognitive possibilities. The examiner would right at the beginning present himself towards the patient in a special position and defined for him in a special role. Only the restraint of the examiner gives the patient the possibility to develop dynamic effects in his individual form and at the same time puts the examiner in the position to be aware.

The main source of mistakes lies principally in two directions:

a) incorrect recommendation can come about, because the examiner unnoticed takes a special role towards the patient and leads his adjustment in a special direction. In such cases, what the examiner thinks he recognizes, is less determined from the patient than from himself.

b) Incorrect recommendations can occur through false evaluation of what goes on inside the patient. Incorrect recommendations can occur through insufficient control of countertransference. The more the feelings of the examiner with his personal problems and needs etc. are involved, the less the cognitive result will be and the more the danger of an incorrect recommendation. In extreme cases it is conceivable that instead of countertransference it is genuine transference, where than the patient simply serves as a projection for the examiners wishes, anxieties etc. The exact observation of the state of his feelings is here the examiner's important diagnostic remedy. Out of the foregoing it is clearly understood that a change of the form of exploration cannot succeed arbitrarily. In fact it is possible, as the author shows it in his detailed case-report, to start with the attempt at a dynamic understanding and then switch over to an objective form of exploration. The other way around it is not possible. Had one started with the classical method, then the opposite roles would be layed down, so the field for a dynamic approach would be no more open enough. It would be the best if two examiners are available. If you are alone by yourself you should start with a dynamic approach. That is to say, that the usefulness of this technique is essentially limited to the circle of neurotic forms of disturbances. Psychotic patients in general are not in the position to build an emotional relationship towards others in this sense. But also with neurotic disturbed patients this capability will be rather differentiated.

To know in which position one finds oneself it is desirable, if not even necessary to know the existent diagnoses and at least to possess an approximate picture of the expected problems. With a dynamic approach one cannot forgo appropriate examinations made by others.

Because the understanding of psychodynamic processes wins increasing meaning within the psychiatric diagnostic, in the future the wide application of this technique should be considered.

Anschrift des Verfassers:

Priv.-Doz. Dr. Dr. med. W. Schumacher,
Neuropsychiatrische Universitätsklinik, Gießen, Germany.

Oralität, Identitätsdiffusion und weibliche Homosexualität: Eine Psychoanalytische Studie *

Günter Ammon**

In dieser Arbeit soll an Hand der Lebensgeschichte und des psychoanalytischen Prozesses *der* Aspekt der sogenannten Übertragungsneurose bearbeitet werden, der hier die eigenartige und bedeutsame Beziehung zwischen Oralität, Identitätsdiffusion (Erikson 1956) und Homosexualität exemplifiziert. Die Patientin, um die es sich hier handelt, litt unter Fremdheitsgefühl, Homosexualität, quälenden Leere- und Einsamkeitsgefühlen, haltloser Lebensweise, Alkoholabusus und Hyperphagie.

In seiner Abhandlung über die Psychogenese eines Falles weiblicher Homosexualität betont Freud (1920) im Zusammenhang mit der analytischen Behandlung die Wichtigkeit zweier Voraussetzungen:

- a) den aufrichtigen Wunsch der Patientin nach Veränderung ihrer selbst und damit ihrer Krankheitssymptomatik,
- b) das therapeutische Arbeitsbündnis zwischen Patientin und Analytiker, um gemeinsam gegen einen inneren Konflikt zu kämpfen, den die Patientin nicht allein zu lösen vermag.

Da bei seinem Falle weiblicher Homosexualität diese Voraussetzung jedoch nicht gegeben war, brach er die Analyse nach einer Versuchsperiode ab. Seine Patientin, deren Homosexualität ein Racheakt gegen den Vater war, war von diesem zur Psychoanalyse geschickt worden. Die Patientin übertrug ihre Rachegefühle auf den Analytiker.

In meinem Falle war die erste Voraussetzung gegeben. Die Patientin wünschte dringend eine Veränderung ihres quälenden Zustandes. Trotz dieser günstigen Ausgangssituation kam es im Analyseverlauf zu großen Schwierigkeiten. Im weiteren Verlauf dieser Arbeit werde ich diese Schwierigkeiten aufdecken und darlegen, wann und warum es schließlich doch gelang, die Hintergründe und Zusammenhänge dieser zunächst diffus erscheinenden Krankheitssymptomatik zu erfassen und zu interpretieren und eine entscheidende Wende im Krankheitsgeschehen herbeizuführen.

Ich möchte aber gleich zu Anfang darauf aufmerksam machen, daß ich das Schwergewicht auf die Darstellung der engen Zusammenhänge zwischen Oralität, Homosexualität und Identitätsdiffusion lege; weitere Wurzeln der Homo-

* Eine Version dieser Arbeit wurde am 20. Juli 1965 in der Menninger-Foundation und am 6. Oktober 1965 vor dem Berliner Psychoanalytischen Institut zur Diskussion gestellt.

Die vorliegende Fassung wurde in gekürzter Form am 4. März 1969 in Prag vor der Psychotherapeutischen Sektion der Medizinischen Gesellschaft vorgetragen.

** Praktizierender Psychoanalytiker, Psychiater und Lehranalytiker, Berlin.

Die in dieser Arbeit gebrauchte Terminologie entspricht: English & English, a Comprehensive Dictionary of Psychological and Psychoanalytical Terms, Longmans, Green & Co., New York-London-Toronto 1958.

sexualität dieser Frau (ödpale Symptomatik, prägenitaler Aktivitäts-Passivitäts-Konflikt) werden im Verlauf der Psychoanalysebeschreibung gestrafft dargestellt, in der Diskussion des Krankheitsbildes aber vernachlässigt.

Die psychoanalytische Voruntersuchung

Die folgenden Daten stammen aus Interviews untersuchender Kollegen einer psychiatrisch-psychoanalytischen Klinik vor Beginn der Behandlung sowie aus Interviews des social worker mit den Eltern der Patientin.

Cathy, eine fettsüchtige junge Frau, kam im Alter von 22 Jahren in meine psychoanalytische Behandlung. Als ältestes von vier Kindern war sie in bescheidenen Verhältnissen aufgewachsen. Ihre Eltern lebten bei den mütterlichen Eltern seit Cathys Geburt bis zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns. Ihre Mutter lebte in engstem Kontakt zu ihrer eigenen Mutter; die Großmutter stand praktisch dem Haushalt vor, bestimmte was gekocht und wie oft die Wäsche gewechselt wurde. Doch hatte sie eine zärtlich verwöhnende Haltung der Patientin gegenüber und wurde von dieser geliebt.

Die Mutter berichtete dem social worker, daß sie ihre Tochter 11 Monate gestillt habe. Sie selbst habe diese Zeit sehr genossen. Während der ganzen Kindheit war es außerordentlich schwierig, das Kind zu Bett zu bringen. Das Kind schrie laut und weinte; es sträubte sich mit aller Kraft und Verzweiflung dagegen. Die Mutter sagte, daß es ihr selbst schwerfiel, sich vom Kind zu trennen, das ihr ein und alles war. Sie mußte immer wieder noch einmal zum Kind ins Kinderzimmer gehen, weil Cathy noch schrie. Wenn das Kind endlich schlief, hatte sie Sorge, daß es unter der Decke ersticken könnte, und sie mußte nochmals nach dem Rechten sehen. Die Mutter erzählte weiter, daß es für sie die schönste Zeit war, als das Kind in ihren Armen lag, bevor es anfang zu laufen und alle Sachen heranzugehen. Widersprüchlich erscheint der weitere Bericht der Mutter, daß sie eigentlich mit ihrer Tochter bis zum Alter von zwei Jahren sonst nie gesprochen habe, da sie der Meinung war, ein Kind sei dumm und verstehe nichts. Auf Befragen des social worker sagte die Mutter, daß sie mit dem Kind auch nie gespielt habe, als es klein war; sie habe keine Geduld dazu gehabt.

Cathy war bis zu ihrem sechsten Lebensjahr ständig mit der Mutter zusammen, spielte in ihrer Nähe zur Freude der Mutter und half ihr auch schon im Haushalt, indem sie abwusch, den Tisch deckte, einholen ging etc. Als Cathy dann in die Schule kam und große Ängste unter den anderen Kindern, aber auch wegen der Trennung von der Mutter litt, zeigte diese keinerlei psychologisches Verständnis dafür, was auf den ersten Blick widersprüchlich erscheint. Ihre Mutter gehörte zu den fünf Müttern, die am Einschulungstag mit ihren Kindern in der Schule bleiben mußten und sie auch an den folgenden Tagen zur Schule brachte. Cathy kam auch öfters aus der Schule nach Hause gerannt, die Mutter schrieb ihr dann Entschuldigungsbriefe wegen Krankheit und freute sich, die Tochter bei sich zu haben. Allmählich nahm Cathy Kontakt zu den anderen Kindern auf, bis sie dann ausschließlich mit den Jungen aus ihrer Klasse spielte, da es keine Mädchen in ihrem Alter gab. Doch, wie Cathy berichtete, zeternte, schimpfte, klagte und lamentierte die Mutter fürchterlich, was sie sich für Sorgen um ihr Kind mache, wenn sie nicht bei ihr war, sondern mit den Jungen spielte.

Cathy erzählte weiter, daß sie sich nur in Gegenwart der Mutter stark fühlte und dann fähig war, einfach alles zu tun, d. h. Anforderungen zu erfüllen. Sie brauchte dieses Gefühl, um gut Schularbeiten machen zu können, obwohl die Mutter, von ihr als „nur eine Hausfrau“ bezeichnet, selbst keine Hilfe war. Sie brauchte nur ihre Nähe und Bewunderung. In ihrer Gegenwart war sie angstfrei.

Die Patientin erlebte es, daß ihre Mutter bei ihr Anlehnung suchte, wenn sie sich vom Vater allein gelassen fühlte und sich über ihn bitterlich beklagte. In solchen Situationen nannte die Mutter ihre Tochter ihr „Einundalles“. Sie unterstützte die Vorwürfe der

Mutter dem Vater gegenüber, ergriff dann aber doch die Partei ihres Vaters, weil sie das Gefühl hatte, es sei nicht allein seine Schuld. Sie hielt es für ihre Pflicht, zu vermitteln und die Eltern zusammenzuhalten. Weiterhin berichtet die Patientin, ihre Mutter habe ihr das Rauchen und Trinken als Laster dargestellt und es ihr streng verboten; gelegentlich habe sie ihr sogar die Lehren der Baptistenkirche gepredigt, die die Mutter selbst nicht beherzigte. Sie habe ihr immer wieder den Geschlechtsverkehr vor der Ehe als etwas Schreckliches dargestellt. Obwohl Cathy ihre Mutter wegen dieser Reden und Verbote haßte, glaubte sie ihr und entwickelte bald ein tiefes Schuldgefühl über ihr eigenes sexuelles Verhalten. So hatte sie auf Grund des Verbots ihrer Mutter während ihrer Oberschulzeit nie Geschlechtsverkehr, obwohl sie ihrem Freund erlaubte, sie auszuführen und zu berühren. Trotz der feindseligen Gefühle gegenüber der Mutter, u. a. auch durch diese sexuellen Verbote begründet, hing Cathy sehr an ihrer Mutter.

Ihr Vater lebte im Angestelltenverhältnis zu seinem Vater und hatte erst im Alter von 40 Jahren die väterliche Firma übernommen, in der er mit seinem Bruder zusammenarbeitete. Nach Feierabend und in seiner Freizeit pflegte der Vater sehr oft mit seinem Bruder, seinen Freunden, aber auch mit seinem eigenen Vater lange zu zechen und kam dann angetrunken nach Hause. Wie Cathy berichtete, bemühte sie sich, vom Vater anerkannt zu werden, indem sie sich wie ein Junge benahm, Hosen trug und Fußball spielte. Mit ihrem Vater wetteiferte sie, so daß ihre Mutter sie scherzhaft „Vaters Sohn“ nannte.

Zum *manifesten Ausbruch der Krankheitssymptome* kam es, als die Patientin von zu Hause wegging, um an der Universität Chemie zu studieren. Auf die *Trennung von den Eltern* reagierte sie mit einer *homosexuellen Liebesaffäre*, begann stark zu rauchen und Alkohol zu trinken und verwahrloste völlig. Der Entschluß zu studieren, war teilweise dem Wunsch entsprungen, die Eltern loszuwerden und frei zu sein. Sie mußte jedoch überrascht feststellen, daß sie noch abhängiger von ihren Eltern wurde, daß sie nicht mit ihnen zusammen, aber auch nicht ohne sie leben konnte.

Mit Fräulein X, ihrer Zimmerkameradin, einem skrupellosen und zügellosen, vollbusigen und attraktiven Mädchen, begann sie ein homosexuelles Verhältnis. Nächtelang wartete sie auf Fräulein X, die mit einer anderen homosexuellen Liebe, einem Negermädchen oder einem Jungen, ausgegangen war, sie machte die Aufgaben von Fräulein X, sorgte für deren gute Zensuren, während ihre eigenen sich verschlechterten, sie gab ihr Geld für sie aus und kam in finanzielle Schwierigkeiten, sie tat alles, um Fräulein X nicht zu verlieren. Den fragwürdigen Ruf der Freundin verteidigte sie vor den anderen Studenten. Sie ging mit ihr zu Alkoholparties, fühlte sich dabei aber schuldig und verdorben. Sie erzählte, wie sie vorgab, ein Junge zu sein, indem sie auf Fräulein X lag und Geschlechtsverkehr imitierte, womit sie das Mädchen geschlechtlich befriedigte, während sie selbst zu keinem Orgasmus kam, nur bei ihr sein wollte, um „eins mit ihr zu sein“. Dann hatte sie das Gefühl, „auf dem Gipfel der Welt zu sein“. In ihren Tagträumen mit Fräulein X war sie all das, was sie gern sein wollte: ein Schriftsteller, ein großer Physiker, eine Nackttänzerin, ein Junge, eine Schauspielerin, ein Professor. Sie gab sich auch zügellosen prägenitalen Handlungen hin, wobei sie „die Rolle des Mannes übernahm“, wie sie es nannte, den nackten Körper der Freundin streichelte, und Fellatio praktizierte. Obwohl sie das Gefühl hatte, Fräulein X zu beherrschen, lebte Cathy in ständiger Angst, sie zu verlieren, was ihr wie das Ende der Welt erschien. Später meinte sie, je mehr sie sich bemühte, Fräulein X zu beherrschen, desto mehr verlor sie

diese. In dieser Zeit gewöhnte sie sich einen schwankenden „männlichen“ Gang an, trug stets lange Hosen und Pullover, fluchte viel, rauchte und trank stark. In solchem Aufzug fühlte sie sich als Mann. Als es wegen verschiedener Dreiecksverhältnisse, die Fräulein X mit Cathy und einem anderen Mädchen, später mit einem femininen Jungen unterhielt, zu Streit gekommen war, beschloß Fräulein X zu heiraten und sich in psychotherapeutische Behandlung zu begeben. Cathy reagierte mit furchtbarem Schmerz auf den Verlust, mit Verwirrung und schweren Depressionen. Sie verlobte sich ebenfalls mit einem früheren Schulfreund und versuchte so, wie sie meinte, sich über ihre eigene sexuelle Identität Klarheit zu verschaffen. Gleichzeitig bewarb sie sich wie Fräulein X um psychotherapeutische Behandlung, auf den Rat der Freundin hin in der gleichen Klinik. Sie war zunächst einige Monate lang in Behandlung bei einem jungen Therapeuten, der sie jedoch aus der Behandlung hinauswarf auf Grund „ihrer ständigen negativen Übertragung, ihrer eifersüchtigen Feindseligkeit und Mißachtung der für die Behandlung aufgestellten Regeln, u. a. keinen homosexuellen Verkehr zu haben“. Der Therapeut riet ihr, „die Psychotherapie bei ihm zu beenden und sich in stationäre Behandlung zu begeben“ (aus dem Bericht des ersten Therapeuten). Anschließend behandelte sie dann neun Monate ein äußerst verständnisvoller älterer Psychotherapeut. Auf seine Empfehlung akzeptierte sie die Psychoanalyse als künftige Behandlungsart.

Es folgte ein etwa einjähriger Zeitabschnitt der Wartezeit ohne Behandlung, bevor sie in unsere Klinik kam, währenddessen sie fühlte, daß alle Dinge halbwegs in Ordnung waren. Mit einer Ausnahme enthielt sie sich ihrer homosexuellen Betätigungen und trank nur, wenn sie sich an Wochenenden leer und einsam fühlte. Dann jedoch kamen Zeiten, wo die Leere und Einsamkeitsgefühle und Schwierigkeiten in ihrem Verhältnis zu anderen Menschen wieder ganz Oberhand gewannen; sie brachte die nötige Energie zur Fortsetzung ihres Studiums nicht mehr auf; sie fühlte, wie dringend sie psychoanalytischer Hilfe bedurfte.

In Cathys *Beurteilung* durch die Kollegen in unserer Klinik hieß es, sie leide an Homosexualität, Todesfurcht, starker Beklemmung und innerer Spannung, Perioden von Depression, Unzufriedenheit mit sich selbst und mangelnder Lebensfreude. Man war der Meinung, daß sie unter Homosexualität mit neurotischer und charakterologischer Pathologie litt. Die psychologische Testuntersuchung (Rorschach, TAT, Wechsler-Bellevue) zeigte plötzliche regressive Wechsel von Ich- und Libido-Zuständen mit archaischem Inhalt und intensiver Oralität sowie ausgeprägten prä-ödipalen oral-aggressiven Impulsen, verborgen hinter verhältnismäßig oberflächlichen ödipalen Erinnerungen. Man stellte fest, daß bei der Patientin die Grenze zwischen Phantasie und Realität während der Durchführung der Tests in zunehmendem Maße verschwamm. Das Behandlungsziel war die Reorganisation der Persönlichkeitsstruktur unter Beseitigung der Hauptsymptome, insbesondere der Homosexualität und des Alkoholabusus.

Diagnostische deskriptive Formulierung bei Beginn der Behandlung: Die Patientin befindet sich in einem Zustand von Lethargie mit hervorstechender Passivität sowohl ihrem Studium als auch Freizeitinteressen und menschlichen Kontakten gegenüber. Sie unterliegt großen Stimmungsschwankungen zwischen

hypomanisch-euphorischen bis depressiven Zuständen mit suicidalen Ideen, wenn sie von großen Einsamkeitsgefühlen und dem Gefühl innerer Leere übermannt wird.

Die Psychodynamik in der Familie, die sich bereits in der psychoanalytischen Voruntersuchung abhob, war folgende: Symptomatik der Mutter vorwiegend depressiv, Symptomatik des Vaters Alkoholabusus bei latenter Homosexualität. Zur Zeit der Erkrankung der Patientin lebten beide Eltern noch in infantiler Abhängigkeit zu ihren eigenen Eltern.

Der psychoanalytische Prozeß

In der ersten Zeit der Behandlung versuchte Cathy, mich auf vielerlei Art zu testen: Sie zweifelte an dem Sinn der Psychoanalyse und sprach von ihren Schwierigkeiten, diese Bindung einzugehen; sie habe Furcht, erneut zurückgestoßen und verletzt zu werden. Sie wollte vor allem wissen, was geschehe, wenn sie während der Psychoanalyse trinken oder ein lesbisches Verhältnis unterhalten würde. Ich versuchte ihr zu erklären, daß es nicht moralische Wertmaßstäbe seien, die mich veranlaßten, ihr Trinken und ihre homosexuelle Betätigung nach Maßgabe ihrer Kräfte einzuschränken, denn sie sei nicht wegen ihrer Trunksucht und Homosexualität zur Psychoanalyse gekommen, sondern, wie sie selbst gesagt habe, weil sie unter einem quälenden Gefühl innerer Leere und Vereinsamung leide. Da ihre homosexuellen Neigungen mit den Problemen verbunden sind, bei deren Bewältigung man sie unterstützen soll, sollte sie diese soweit wie möglich einschränken.

Dann kam eine mehrere Monate dauernde Phase in der Behandlung, die die ganze Schwierigkeit dieser Analyse beinhaltete. Die Sitzungen begannen meist damit, daß die Patientin sagte, sie wisse nicht, was sie erzählen solle; sie empfinde Leere, Hohlsein, Unwirklichkeit, Umnebelung; mit monotoner Stimme wiederholte sie immer wieder, wie gespannt, unklar und entfremdet sie sich fühle. Sie erinnerte: Sie habe sich vor Dunkelheit und Tod gefürchtet, ihre Mutter habe dies nie verstehen können. Sätze diesen Inhalts wiederholte sie immer wieder, sie sprach mit einschläfernder monotoner Stimme. Dazu rauchte sie außerhalb der Sitzungen abnorme Mengen von Zigaretten, aß maßlos und wurde immer dicker. Sie sagte: „Alle Sehnsucht geht durch den Mund“ oder „Ich möchte nichts tun – Milchkakao trinken“ oder „Da drinnen ist ein Loch, es ist wie ein Sack ohne Boden – das bin ich“. Dann folgten lange Perioden des Schweigens.

Ich selbst fühlte mich während der Sitzungen von der Patientin wie aufgesaugt und ermüdet, ja, ich schlief sogar kurz ein und reagierte ärgerlich. Es wurde mir allmählich deutlich, daß sie versuchte, mich durch ein Ritual, das sie in jeder Sitzung ablaufen ließ, aktionsunfähig zu machen. Ich war hilflos und ärgerlich und glaubte schon, daß diese Analyse keinen Erfolg haben werde. Durch Beobachtung des monotonen Verhaltens der Patientin und durch das Erkennen meiner Gegenübertragungsreaktion, manifestiert durch Schläfrigkeit in den Sitzungen und das Gefühl, danach völlig ausgelaugt zu sein, vermutete ich, daß ich offensichtlich auf das Verhalten der Patientin so reagierte, wie sich in frühester Kindheit ihr gegenüber die Mutter verhalten haben mußte.

Der Widerstandscharakter ihres Verhaltens in der analytischen Situation wurde gedeutet; ihr Schweigen ist ein Versuch, mit dem Analytiker zu verharren wie einst mit der Mutter, ihn unter Kontrolle zu halten, und drückt ihre große Angst vor Veränderung aus.

Ich spürte das Ausmaß ihrer Angst, das sie zwang, durch ein repetierendes monotones, gleichsam hypnotisierendes Ritual den Analytiker unter ihrer Kontrolle zu halten. Als ich sie fragte, was ihr denn solche Angst einflöße, trat eine Wende ein: Die Patientin begann zu sprechen und hatte Einfälle zur Ursache ihres Schweigens: Sie hatte Furcht, mich durch Sprechen über ihre Trunksucht, über ihre lesbischen Beziehungen zu verletzen und zu verärgern, mich eventuell auch noch zu verlieren, was für sie selbst höchste Gefahr bedeutete. Sie sagte, daß ihr das Warten auf den Sitzungsbeginn sehr schwerfalle, weil es sie an das Warten auf ihre Mutter erinnerte. Einerseits möchte sie sich betrinken, denke an homosexuelle Verhältnisse, möchte die Psychoanalyse beenden; andererseits habe sie aber vor einem Abbruch Angst und sehne sich danach, bei mir zu sein, eins mit mir zu sein, wie damals mit Fräulein X und wie einst mit ihrer Mutter, mit der sie vereint sein wollte, um zu schweigen, um zu träumen, um alles tun zu können. An dieser Stelle fragte ich sie, ob ihre Mutter tatsächlich all das für sie getan habe. Ich machte ihr klar, daß sie sich gegenüber Fräulein X genauso verhalten habe, wie sie wünschte, daß ihre Mutter sich ihr gegenüber verhalten hätte. Die stärkste Bindung an Fräulein X war jedoch die Furcht gewesen, sie zu verlieren. Sie hatte alles getan, um sie für sich zu behalten.

Nach und nach konnten wir zusammen die Hintergründe dieser Angst, des langen Schweigens und des rituellen Verhaltens während der Sitzungen erarbeiten. Cathy erinnerte ihre große Angst vor der Dunkelheit; zu Hause gab es im Keller kein Licht, doch die Mutter schickte sie oft in den Keller, etwas zu holen, und hatte kein Verständnis für ihre Ängste. Sie sagte nur: „Stell dich nicht so an.“

Im Hier und Jetzt der Analyse wurde deutlich, daß die Patientin sich nur in Verbindung mit einer anderen Person – ihrem Ersatz-Ich – erleben konnte:

sie möchte mit dem Analytiker eins sein
 sie möchte sich bei ihm ansaugen wie ein Kind
 sie möchte sich mit ihm vereinen,
 um sich selbst zu fühlen,
 um zu schweigen und zu träumen,
 um alles tun zu können.
 Sie sehnt sich nach dem Analytiker
 sie möchte nicht aus den Sitzungen gehen
 sie hat Angst, ihm könnte etwas geschehen,
 sie hat Angst, daß er sie wegstößt.

Sie sprach von ihrem Bedürfnis als einem reinen Nehmen ohne Nachdenken; das Warten auf dieses Nehmen der Analyse wurde von ihr so quälend empfunden, wie wenn ein Hungernder auf Nahrung wartet. Es fiel ihr genauso schwer, sich nach der Sitzung zu trennen. Das orale Problem der Patientin war nicht nur im Alkoholabusus, sondern auch in Perioden von Eßsucht zum Ausdruck gekommen, wie aber auch in der Analyse durch ihr Schweigen.

Cathy sagte, daß sie sich eigentlich nur während des Essens existent fühle. Sie müsse immer so viel essen, da sie sich nur während des Essens entspannt und wohl fühle. Mit Angst sieht sie dem Ende des Essens entgegen, genauso wie sie mit Angst dem Ende von Besuchen entgegensieht. Hier in der Therapie ist es das gleiche. Nach dem Essen, nach Besuchen und auch hier nach der Analyse habe sie ein Gefühl großer Leere.

Dann brachte Cathy folgenden Traum:

In einem großen Gebäude lebte eine Frau, die der Patientin ähnlich schien; doch hatte die Frau die gleichen Augen wie der Analytiker. Die Frau wurde von einem fliegenden Ungeheuer beherrscht und kontrolliert, das sie nicht reden lassen wollte, das ihr befahl zu lächeln, das ihr vorschrieb, wie sie auszusehen, zu gehen und sich zu bewegen habe. Das Gebäude, das im Traum das Zuhause der Frau war, sah wie das Gebäude aus, in dem sich die Praxis des Analytikers befand. Das Ungeheuer, das das Gesicht eines Mannes hatte, kam zur Erde herunter, legte sich nieder, spreizte seine Beine und verlangte von ihr, mit ihm Geschlechtsverkehr auszuüben. In diesem Augenblick hörte die Patientin die Stimme der kleinen Tochter jener Frau. Daraufhin durfte die Frau sprechen. Sie fragte das Ungeheuer: „Wer bist du?“ Das Ungeheuer antwortete: „Ich bin dein Sohn.“ Sie sagte: „Das ist unmöglich.“ Darauf sagte das Ungeheuer: „Doch, ich bin dein werdender Sohn.“

Dieser Traum stand einige Zeit im Mittelpunkt unserer Arbeit. Die Patientin sagte, sie habe sich nach den Sitzungen immer sehr elend gefühlt. Nun aber gehe es ihr viel besser, ihr sei auch viel Angst genommen.

Cathy glaubte, sie selbst sei das Ungeheuer, das Wesen mit dem Gesicht eines Mannes, der Tochtersohn, der Junge, der sie hätte sein und werden wollen. Dann sah sie den Analytiker als männliches Ungeheuer und fürchtete sich vor ihm. Dann wieder sah sie sich als Frau; das Ungeheuer befahl ihr, hinderte sie am Sprechen, stieß sie herum, schrieb ihr vor, was sie sagen und tun sollte: wie eine Nonne leben, Fräulein X verlassen, studieren. Dann sieht sie den Analytiker als Frau, aber auch sich selbst. Dann fiel ihr ein, daß Fräulein X das Ungeheuer ist und sie die Frau, die von ihr beherrscht wird. Aber auch umgekehrt, sie selbst ist das Ungeheuer, und Fräulein X wird von ihr beherrscht. Sie möchte wissen, wer sie sei. Sie sagte, der Traum zeige genau das Gefühl, das sie während der Sitzungen spüre, aber auch ebenso das Gefühl, eins zu sein mit dem Analytiker. Sie sprach von ihrer Angst, bei mir zu sein und gleichzeitig von ihrer Angst, von mir fortzugehen, mich zu verlieren und damit selbst verloren zu sein. Diese Angst bedrückte sie, wie die Angst vor dem Tode. Im Zusammenhang mit dem Traum erinnerte sie aus der Kindheit: Einmal sagte sie der Mutter, daß sie sich durch ihre dauernden klagenden Forderungen erdrückt fühle. Da habe die Mutter wie ein Ungeheuer aufgeschrien. Cathy hatte entsetzliche Angst, daß sie die Mutter töten könnte. Sie sagte, was ihr wirklich helfe, diese Psychoanalyse durchzustehen, sei die Tatsache, daß der Analytiker an ihrer Seite stehe. Sie habe das Gefühl, daß er wirklich verstehe, wie es mit ihrer Mutter war.

In den Wochen, während wir an dem Traum arbeiteten, fiel die Patientin in regressive Zustände. Nur mit großer Mühe konnte sie sich nach den Sitzungen von mir trennen. Sie rauchte maßlos. Dann erlebte sie das Überkommen von Freßanfällen mit einem furchtbaren Gefühl innerer Leere; in einem Zustand jenseits

willensmäßiger Kontrolle fuhr sie nach Verlassen der Analysenstunde in einen Laden, kaufte wahllos Brot, Milch, Wurst, Schokolade, Kuchen und aß dann alles hemmungslos im Auto auf. Im Hier und Jetzt der analytischen Situation verstand sie, daß sie erlebte, vom Analytiker nicht genug zu bekommen, und erinnerte aus der Kindheit einen ständigen Kampf mit der Mutter ums Essen; sie hatte immer schnell und gierig gegessen. Sie sagte: „Alle Sehnsucht geht jetzt durch den Mund“.

Nach diesem Ungeheuertraum kam der Wendepunkt in dieser Psychoanalyse. Er wurde durch die Interpretation des angebotenen frühestkindlichen archaisch-symbiotischen Materials eingeleitet. Äußerlich trat deutlich ein Wechsel in der Affektlage der Patientin ein. Ihre vorher überwiegend depressive Stimmung wechselte abrupt in eine mehr hypomanisch-euphorische über. Das Schweigen kippte in sprudelndes Sprechen um. Dazu sagte sie, sie möchte genausoviel vom Analytiker haben, wie sie durch ihr Sprechen anbringe. Am Ende einer Stunde sagte Cathy dann: „Etwas hat sich ereignet, ich kann wieder fühlen.“

An Hand des *Ungeheuertraums* wurde auch die Symbiose erarbeitet, d. h. die wiedererlebte symbiotische Situation mit der Mutter und die damit verbundene Destruktionsangst, die den Widerstand in der Analyse trug und den psychoanalytischen Prozeß arretierte. Erst nach Erkennen und Interpretieren dieses symbiotischen Widerstandes konnte sich der analytische Prozeß weiterentwickeln.

Dann *träumte* Cathy von einer alten Frau, die tot auf einer Bahre lag. Der erste Einfall war, daß dies der Analytiker sei, der tot auf der Bahre liege, so wie sie auf der Analysencouch liege. Der Analytiker brauche sie; wenn sie ihn verlasse oder die Analyse, würde sie ihn töten. Sie erinnerte, daß sie eigentlich immer das Gefühl gehabt habe, die Mutter würde in Einsamkeit und Kummer um sie sterben, wenn sie die Mutter verlasse. Doch dann sagte sie, daß sie vielleicht selbst die Frau getötet habe und daß diese Frau ihre Mutter sei. Nur durch diesen Mord könne sie frei zum Leben werden, frei für das Studium. Sie erlebte es, wie wenn die Mutter sie umklammert halte und zur Passivität zwingt. Diese tote Frau verkörpere aber auch ihre Beziehung zu Fräulein X und gleichzeitig ihre Krankheit, meinte die Patientin. Die durch die Traumanalyse frei gewordenen Gedanken des „Muttermordes“ machten ihre großen Schuldgefühle verständlich. Die Patientin erinnerte in diesem Zusammenhang, daß ihre ängstliche Mutter bei ihr als Kind alle neugierigen tastenden Versuche verboten und zurückgeschlagen hatte. Die Großmutter hatte oft erzählt, wie die Mutter vor Entsetzen aufschrie, als sie mit zwölf Monaten ihre ersten selbständigen Schritte machte. Die Mutter hatte solche Angst, daß sie hinfallen und sich verletzen könnte.

Später, so erinnerte sie, wenn sie mit den Jungen der Straße spielte, war die Mutter immer in großer Sorge, daß ihr etwas passieren könnte. Sie durfte sich auch nicht schmutzig machen; alles, was sie selbständig tat und was nicht für die Mutter war, wurde als böse hingestellt. Die Mutter, die ständig drohend den Zeigefinger hob, gehörte zu den frühen Kindheitserinnerungen. Cathy erinnerte einmal, daß die Mutter ihr gesagt habe, wie sehr sie selbst die Zeit genossen habe, als sie ihr die Brust gab. Und sie meinte dazu, daß die Mutter

sie genauso gebraucht habe wie sie die Mutter. Dann fiel ihr ein, daß sie beim Essen Angst hatte, nichts mehr zu essen zu bekommen, und es befahl sie eine große Existenzangst. Es fehlte das Vertrauen, daß sie später wieder zu essen bekommen würde. Ganz besonders schlimm waren ihre Hungerängste am Abend und vor dem Zubettgehen. Sie beschrieb diese Hungerängste genauso wie ihre Trennungsängste; heute, wenn sie sich vom Analytiker nach der Sitzung trennen muß, genauso wie früher, wenn sie sich von der Mutter trennte, um zur Schule zu gehen. Auch der Mutter fiel der Abschied schwer. Cathy hatte Angst, daß sie die Mutter nicht wiedersehen werde. Es fehlte das selbstverständliche Vertrauen darauf, daß man sich nach dem Auseinandergehen wiedersehen wird.

Wieder brachte Cathy einen Traum in die Sitzung mit und erzählte ihn mit ungehemmter Lust:

Sie war nackt und wälzte sich mit einer anderen Frau auf einer Couch. Es machte ihre große Freude, in die Fülle des Fleisches zu fassen, sich dort anzusaugen und hinein-zubeißen. Es gab bei dieser Balgerei keine Grenzen, und sie wußte nicht, wer wer war. Cathy war noch ganz beglückt von dem befreienden Gefühl, das sie im Traum erlebt hatte. Die Analyse dieses Traums ergab die Wunscherfüllung der lustvollen und gefahrlosen Symbiose. Die symbiotische Übertragungssituation stellte sich jetzt gefahrlos dar. Es war ungeheuer lustvoll, sich mit dem Analytiker (Mutter, Fräulein X) „auf der Couch zu wälzen“. Es zeigte sich, daß die orale Fixierung hier in engster Verbindung zur Homosexualität stand, nämlich „mit der Mutter eins sein zu wollen“, was wiederum eine Identitätsdiffusion zur Folge hatte.

Im Verlauf der Analyse ihres Identitätskonfliktes kam nun Material zum Vorschein, das eine weitere Wurzel ihrer Homosexualität darstellte: ödipale Konflikte. Dieser Abschnitt in der Analyse soll nur kurz gestreift werden, da diese Problematik nicht mehr zum Thema der Arbeit gehört.

Es trat die Furcht vor dem Analytiker – obwohl sie sich stark zu ihm hingezogen fühlte – in den Mittelpunkt der Arbeit. Sie verstand, daß ihre Furcht vor mir und der Analyse die Angst vor ihrem Vater war, der ihr etwas „Schreckliches“ antun könne. Sie erinnerte sich in diesem Zusammenhang, wie sehr sie einmal erschrak, als sie den großen Penis ihres Vaters sah und wie sehr sie sich gefürchtet habe, er könne ihr etwas antun. Auch ihr Kastrationskomplex wurde deutlich: Sie erzählte, daß, wenn Männer sie jetzt als Mädchen betrachteten, sie das Gefühl habe, sie lachten über sie. Sie erinnerte sich, daß ihr Vater sie stets kritisiert, aber nie gelobt habe; sie habe sich stets minderwertig gefühlt, sie habe gemeint, wenn sie Hosen trüge, sich in einen Jungen verwandeln zu können; dann sei sie vollwertig. Doch habe sie sich dabei stets schuldig und deprimiert gefühlt.

Im späteren Verlauf der Analyse konnte sie ihren Vater als begehrenswerten Mann schildern, den sie bewunderte und liebte. Sie erkannte, daß sie stets nur Männer anziehend fand, die sie mit ihrem Vater identifizieren konnte. Sie empfand ihrer Mutter gegenüber Schuldgefühle. Die äußerst starke Bindung an ihre Mutter und an ihre späteren homosexuellen Lieben hatte also nicht nur orale, sondern auch ödipale Züge. In einer Stunde sagte Cathy: „Ich bin ein Mädchen, und es gefällt mir, ein Mädchen zu sein.“

Cathys Psychoanalyse konnte beendet werden. Sie hatte ihre Identität und Spontaneität gefunden, war weiblicher und anziehender geworden, fühlte sich wohl, auch wenn sie allein war. Sie hatte Erfolg bei ihren Mitmenschen und bei der Arbeit, beendete erfolgreich ihre Studien, genoß Freizeitbeschäftigungen, hatte heterosexuelle Freunde, die sie als Frau respektierten, und war frei von homosexuellen Triebbedürfnissen.

Diskussion

Ich hoffe, mit diesem repräsentativen Fall meines Erfahrungsgutes einen Beitrag zum Thema „weibliche Homosexualität“ zu leisten. Die homosexuelle Symptomatik ist hier Teil einer Identitätsfusion mit dem Mutterbild mit stark destruktiv-masochistischer Prägung (fressen – gefressen werden).

Fenichel (1945) nimmt folgende zwei ätiologische Faktoren für weibliche Homosexualität an:

1. Abscheu vor Heterosexualität als Folge des Kastrationskomplexes;
2. Hinwendung zur Homosexualität durch frühe Fixierung an die Mutter.

Nach Fenichel (1945) ergänzen sich diese beiden Faktoren insofern, als die Fixierung an die Mutter eine beschützende und beruhigende Funktion ausübt und so die angsteinflößende Wirkung des Kastrationskomplexes ausgleicht. Ferner betont er die Tatsache, daß für die Frau die Abwendung von Heterosexualität eine Regression darstellt, die vage Erinnerungen an die Beziehung zur Mutter wachruft und daß „weibliche Homosexualität“ folglich „archaischere Züge trägt als männliche Homosexualität“. In diesem Zusammenhang sei auf Freud (1932) hingewiesen: „Wir wußten natürlich, daß es ein Vorstadium von Mutterbindung gegeben hatte, aber wir wußten nicht, daß es so inhaltsreich sein, so lang anhalten, so viel Anlässe zu Fixierungen und Dispositionen hinterlassen könne. Während dieser Zeit ist der Vater nur ein lästiger Rivale; in manchen Fällen überdauert die Mutterbindung das vierte Jahr. Fast alles, was wir später in der Vaterbeziehung finden, war schon in ihr vorhanden und ist nachher auf den Vater übertragen worden. Kurz, wir gewinnen die Überzeugung, daß man das Weib nicht verstehen kann, wenn man nicht diese Phase der präödiptalen Mutterbindung würdigt.“ Dies, so scheint mir, trifft weitgehend im Falle dieser Patientin zu, die eine archaische Identitätsdiffusion in ihrer homosexuellen Beziehung zu Fräulein X erlebte. Später, im Verlaufe der Psychoanalyse, wiederholte sich dieses Erlebnis, als die Patientin versuchte, den Analytiker zum Einschlafen zu bringen, anfänglich aber auch selbst die Rolle des Babys übernahm und ganz schwieg. Die zentrale Position der Angst, die hier am Wendepunkt des analytischen Prozesses im Feuer der Übertragungsneurose symbiotischer Art deutlich wurde, soll unterstrichen sein. An dieser Stelle sei auch Khan (1963) erwähnt, der auf die Bedeutung des Schweigens in seiner Arbeit „Silence as Communication“ hinweist: „The function of this silence to communicate the patient's disturbed relation to the mother in childhood.“

Nacht's (1963) Beschreibung des Schweigens als „Unie“ ist das, was unsere Patientin hier während ihrer Schweigeperioden bot. Wenn Nacht allerdings dabei den Widerstandscharakter des Schweigens negiert, so möchte ich doch

meinen, daß es Widerstandscharakter hat, allerdings den besonderen des Symbiose-Erlebens, einer Sonderform der Übertragung bei sehr frühen Fixierungen während der symbiotisch-oralen Phase der Ich-Entwicklung.

Erst als diese symbiotische Übertragungsphase interpretiert und durchgearbeitet war, konnte es zur Produktion weiteren Materials und zur erfolgreichen Beendigung der Analyse kommen.

Als Schlüssel zur Übertragungsinterpretation dienten:

1. die direkten Mitteilungen der Patientin,
2. die indirekten Mitteilungen durch einschläferndes Sprechen und längeres Schweigen,
3. die Gegenübertragungsreaktion des Analytikers.

Das Instrument, mit dem ich arbeitete, war die sorgfältige Beobachtung meiner Gegenübertragung, die in meinen Gefühlen und Verhaltensformen offenbar wurde. Sie war dadurch manifestiert, daß ich mich nach den Sitzungen wie ausgesaugt fühlte, matt und ohne Energie war, während der Stunden schläfrig wurde und als Abwehr öfters zu spät zu den Sitzungen kam. Nach meiner Erfahrung ist die Intensität der Gegenübertragung ein Gradmesser für die Intensität einer frühen Mutter-Kind-Störung, wobei der Analytiker sich in seiner Gegenübertragung so verhält wie die gestörte Mutter in der Kindheit, wie das internalisierte frühe Objekt (Racker 1957). In diesem Zusammenhang möchte ich Loch (1966) zitieren, der sagt: „Die dynamische Macht der Gegenübertragung ist direkt proportional der Objektbeziehungsregression.“

Reich (1949) betont, daß sich bei den meisten Analysen die größten Schwierigkeiten in der Anfangsphase ergäben. Diese Phase hat als Ziel, zu den Energiequellen der Symptome und des neurotischen Charakters vorzudringen, um den therapeutischen Prozeß in Gang zu bringen. Er warnt davor, den zentralen pathogenen Punkt der Neurose zu frühzeitig anzugreifen, und rät statt dessen, bei der Deutung von dem zeitlich näherliegenden Material im Laufe der Analyse auf älteres Material hinzuarbeiten, die Arbeit am Ödipuskomplex sollte im allgemeinen der Arbeit an sehr frühen oralen Stadien vorangehen.

Im vorliegenden Fall arbeitete der Analytiker jedoch in entgegengesetzter Richtung, da er zunächst durch eine präödipale Übertragungssituation überrascht wurde, ohne diese sogleich zu erkennen; denn das in der psychoanalytischen Voruntersuchung gewonnene Material hatte vorwiegend ödipalen Charakter. Als er sich der Mutterübertragung bewußt geworden war, arbeitete er mit der Patientin zunächst an den archaischen Schichten ihres homosexuellen Charakters und konzentrierte sich erst danach auf die ödipalen Schichten ihres Konfliktes. Als diese erste entscheidende Phase abgeschlossen war, sagte die Patientin in einer Sitzung: „Es hat sich etwas ereignet, ich kann wieder fühlen“, und als an ihren ödipalen Konflikten gearbeitet wurde und ihr Vater ihr plötzlich als ein begehrter Mann erschien, da schließlich fühlte sie sich frei zu sagen: „Ich bin ein Mädchen, und es gefällt mir, ein Mädchen zu sein.“

Es erscheint bedeutsam, daß hier, anders als bei Neurosen, in denen der ödipale Konflikt im Mittelpunkt steht, der Wendepunkt (turning point) durch die Interpretation des Wiedererlebens spezifischer archaisch-symbiotischer Erfahrungen erreicht wurde (Ammon 1965). Erst nachdem dies geschehen konnte,

entwickelte sich der analytische Prozeß progressiv in Richtung auf die ödipale Szene. Bei der Patientin handelt es sich, was die Struktur ihrer Persönlichkeit betrifft, um ein schwach organisiertes Ich mit zersplitterter Identität und fehlendem Selbstwertgefühl, so daß sie abhängig ist von einer ständigen Zufuhr von Bestätigungen, Bewunderungen, Anerkennungen und Liebesbezeugungen durch andere (reaktiver Narzißmus), um sich als Person mit eigener Identität erleben zu können, oder besser gesagt: um das Gefühl zu haben, existent zu sein. Zu stark depressiver Reaktion kam es jeweils, wenn diese Zufuhr von außen ausblieb, z. B. an einsamen Wochenenden oder während homosexueller Abstinenz. Die Patientin rettete sich dann in Alkoholabusus und Hyperphagie.

Die Wurzel ihrer Identitätsdiffusion und Homosexualität sehen wir in ihrer gestörten Oralität; sie kennzeichnet sich durch quälende Gefühle innerer Leere und durch eine kannibalistisch-destruktive wie masochistisch-passive (fressen – gefressen werden) Haltung gegenüber Beziehungsobjekten. Homosexualität ist hier also Ausfluß einer sehr frühen Ich-Identitätsstörung. In Verbindung mit dieser Ich-Störung der Patientin steht eine korrupte und hart überfordernde Überichorganisation, die das widersprüchliche Verhalten der Eltern widerspiegelt.

Mit dieser Arbeit haben wir aus einem komplexen psychoanalytischen Untersuchungs- und Behandlungsprozeß einen kurzen, aber entscheidenden Ausschnitt ausgewählt, und zwar die Nahtstelle des Behandlungsprozesses, wo nach einem prolongierten Initialstadium von etwa einem dreiviertel Jahr der verdrängte zentrale Konflikt der Patientin zutage trat. Das Anfangsstadium dieser Psychoanalyse war durch monotone Berichte gekennzeichnet, verbunden mit langem Schweigen, großen Ängsten und Fremdheitsgefühlen der Patientin. Auf der Höhe der Ich-Regression erbrachte dann die Traumproduktion und Traumanalyse das inhaltliche Verstehen ihres archaischen Identitätsproblems mit Identitätsfusion und -diffusion. An Hand dieses Falles von weiblicher Homosexualität wird deutlich, wie eng die Wechselbeziehung zwischen Oralität, Identitätsdiffusion und weiblicher Homosexualität ist; die Dynamik innerhalb der Wechselbeziehung der drei Krankheitssymptome hat narzißistischen Charakter (siehe Graphik). Die erste Identifikation mit der Mutter findet statt, wenn das Baby den Daumen in den Mund steckt. Fenichel (1945) drückt dies mit den Worten aus: „The concept of a primary identification denotes that actually ‚putting into the mouth‘ and imitation ‚for perception’s sake‘ are one and the same and represents the very first relation to object.“ Auch Hoffer (1949) sei in diesem Zusammenhang erwähnt.*

Das averbale Verhalten meiner Patientin dokumentierte ihre archaisch-infantile Position der Regression, d. h. die Entwicklungszeit ihres frühinfantilen Ichs während der oralen Phase.

In der ersten Identifikation mit der Mutter und der darauf folgenden Introjektion finden wir die Wurzel der Ich-Entwicklung.

Während eines ganzen Jahres hatte ich Gelegenheit, die Entwicklung eines Säuglings zu beobachten. Etwa um die Grenze des ersten halben Lebensjahres

* Von großer Bedeutsamkeit sind hier die Grundlagen, die Spitz (1965) für die Forschung durch seine Beobachtungen am Kleinkind gegeben hat.

ergriff dieses Baby zusätzlich zu dem eigenen Daumen, den es in den Mund steckte, eine lange Haarsträhne der Mutter. Das Haar wurde fest in der Faust, an der der Daumen gelutscht wurde, gehalten. Bei dem gleichen Brustkind konnte zwischen dem sechsten und zehnten Monat während des Trinkens an der Brust ein oraler Orgasmus beobachtet werden. Er war manifestiert durch lustvolles rhythmisches Stöhnen, schnelleres Atmen und Strecken des Körpers.

Wer ein Kleinkind sorgfältig beobachtet, kann feststellen, daß dieses, lange bevor es ein Jahr wird, mit großem Interesse seine Umgebung beobachtet. Nach Maßgabe seiner Möglichkeit versucht es, das Tun der Erwachsenen nachzuahmen. Psychoanalytisch formuliert, versucht das Kind auf dem Wege der Imitation sich mit den Beziehungspersonen seiner Umgebung zu identifizieren. Fehlt jetzt auf der Seite der Erwachsenen nicht nur Einfühlungsgabe, sondern besteht sogar Ablehnung und Angst dem Kind gegenüber, so wird das Kind bei seinen Identifizierungsversuchen von den Identifikationsmodellen selbst zurückgeschlagen. Verständlicherweise ist die Folge ein früher Bruch im Identifizierungsprozeß und der Ich-Entwicklung*.

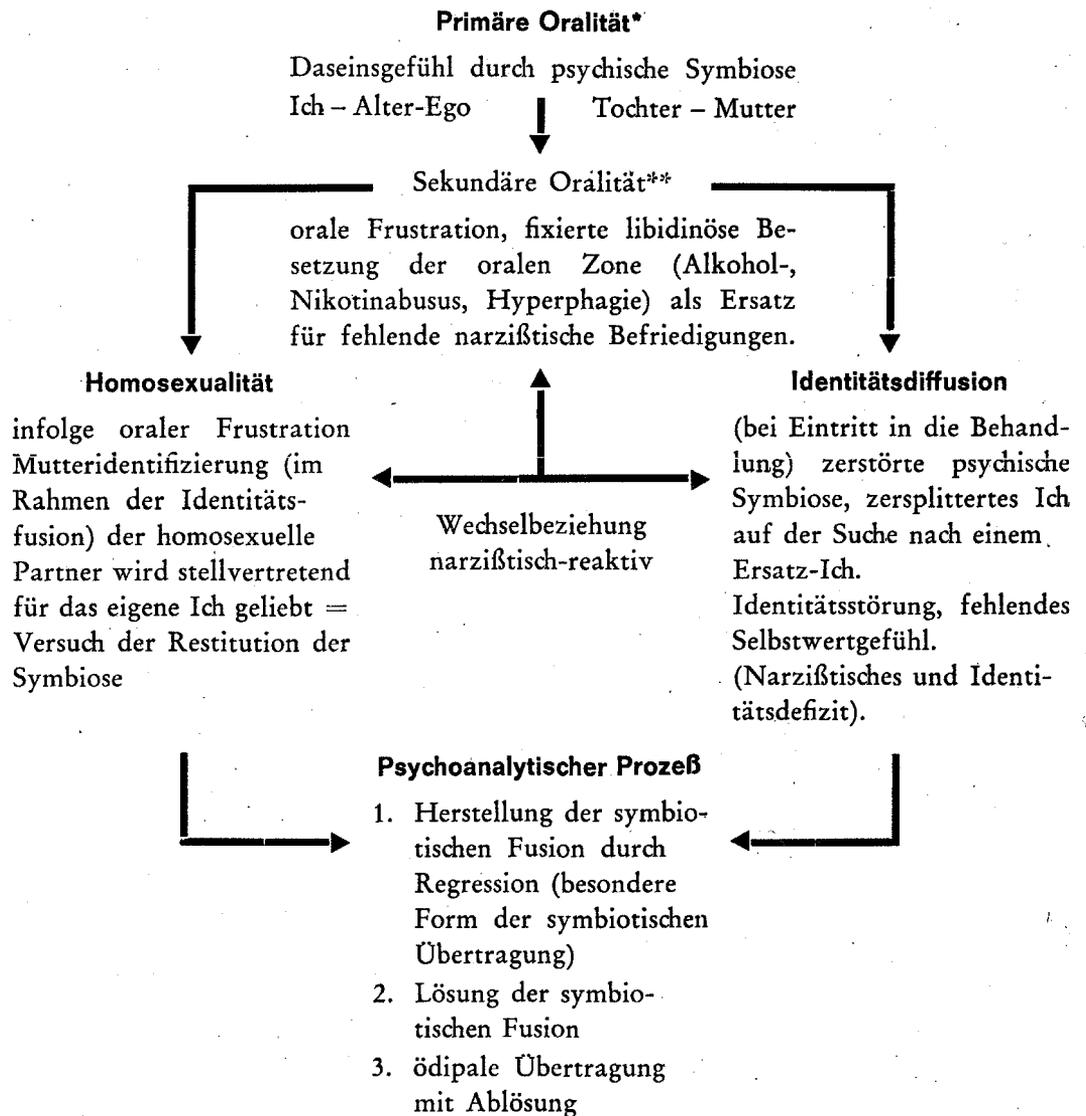
Meines Erachtens ist hervorzuheben, daß die Mutter die Patientin nur anerkannte und liebte, wenn diese bei ihr war, wenn sie ein „artiges Kind“ war. Cathy erinnerte in der Analyse zu ihrer eigenen Schwierigkeit, sich vom Analytiker zu trennen, wie schwer es der Mutter fiel, „Auf Wiedersehen“ zu sagen. Die Mutter war nur glücklich, wenn die Tochter bei ihr war, und Cathy erlebte es, daß die Mutter sie nur dafür liebte und auch, wenn sie besondere Aufgaben der Mutter erfüllte, z. B. Einkaufen gehen, Abwaschen usw. Sie wurde nicht als ganze Persönlichkeit geliebt, sondern nur Teilaspekte von ihr, alle selbständigen Bestrebungen waren negativ besetzt. Khan (1968), aus der Winnicott-Schule kommend, hat kürzlich auf das Phänomen des Teilobjekts im Hinblick auf die Genese der sexuellen Perversionen hingewiesen.

Freud wies bereits auf die entscheidende Rolle von Passivität versus Aktivität hinsichtlich der sexuellen Identität und Ichbildung hin, ein Punkt, der durch unseren Fallausschnitt ebenfalls beleuchtet wurde. Wir erinnern daran, daß die Patientin eine passiv-lethargische Haltung dem Leben gegenüber hatte, nur aktiv sein konnte als das Ersatz-Ich ihrer homosexuellen Geliebten, in der sie ihre symbiotischen Bedürfnisse der Mutter gegenüber wiedererlebte.

Jacobson (1964) weist auf die Bedeutung der Phase hin, in der das präödiipale Kind zwischen heterosexuellen und homosexuellen, zwischen aktiven und passiven Bestrebungen schwankt. Sie bemerkte weiter, daß bis zum Alter von drei Jahren Traumvorstellungen von der Verschmelzung mit der Mutter eine normale Erscheinung sind, daß jedoch die Erkenntnis und Festigung der sexuellen Identität des Kindes, die sich in seinem Eintritt in die genitale Phase widerspiegelt, die Freiheit, mehrere Rollen zu spielen, in erheblichem Maß einschränkt.

Das Erkennen und schließliche Akzeptieren der sexuellen Unterschiede führt beim Knaben wie beim Mädchen zum allmählichen Verzicht auf den Wunsch,

* Ammon (1968) hat auf die destruktiv-aggressive Reaktion des Kindes und deren Verinnerlichung als Antwort auf die feindselig arretierende Haltung der Eltern dem kindlichen ad-gredi gegenüber hingewiesen.



* Unter *primärer Oralität* verstehe ich die orale Libidophase in der gesunden frühkindlichen Entwicklung, die im Laufe der späteren psychogenetischen Weiterentwicklung desexualisiert wird; d. h. sie wird hinsichtlich libidinöser Bedürfnisse weitgehend eingeschränkt. Die Nahrungsaufnahme wird bei ungestörter Triebentwicklung desexualisiert.

** Unter *sekundärer Oralität* verstehe ich dagegen eine fixierte libidinöse Besetzung der Nahrungsaufnahme (Hyperphagie) sowie andere suchtartige Befriedigungen durch den Mund, wie Alkohol-, Tabletten- und Nikotinabusus.

Zum Gebrauch des sekundär oral-regressiven Abwehrmechanismus kam es bei meiner Patientin dann, wenn narzißtische Ersatzbefriedigung bei der Unterhaltung ihres nicht autonomen Selbstwertgefühls versagten.

Die gestörte Oralität hat einen Ich-Aspekt und einen Trieb-Aspekt. Der Ich-Aspekt besteht in der mißglückten Unterscheidung von Ich und Nicht-Ich und damit in einer Identitätsfusion. Der Triebaspekt besteht in der oralen Fixierung an die Mutter, welche zusammen mit der Mutteridentifizierung, die im Rahmen der Identitätsfusion jederzeit möglich ist, zur Homosexualität führt, übrigens bei beiden Geschlechtern gleichförmig.

„Teil der Mutter“ zu sein und „ein Baby“ zu bleiben. Wir wissen, daß die sexuelle Entwicklung des kleinen Mädchens vor allem deshalb so kompliziert ist, weil seine ödipale Beziehung zum Vater auf der Ablehnung des weiblichen Geschlechtsteils beruht.

Jacobson (1964) beschrieb tiefgreifende Identitätsprobleme bei Patienten mit latenten oder manifesten homosexuellen Konflikten, deren „feminine“ Neigungen und Traumvorstellungen, ein „kastriertes Geschlechtsteil“ zu haben, auf stark masochistisch geprägte Identifikationen mit der Mutter zurückzuführen waren, die die Rolle der leidenden „kastrierten“ Frau spielte. Auch Helene Deutsch (1944) wies darauf hin, daß viele der geistig-seelischen Störungen, die in der Pubertät auftreten, wie Empfindungslosigkeit, Depersonalisation und Gefühle der Entfremdung einer solchen Unentschlossenheit angesichts der Wahl zwischen einem hetero- und einem homosexuellen Objekt entsprechen und eine Erhaltung des Gefühlslebens zur Folge haben. Je größer die Furcht vor den wirklichen Forderungen des Sexuallebens ist, desto schwieriger werden die Folgen der inneren Unentschlossenheit sein und desto zahlreicher auch die regressiven Elemente, die in das Gefühlsleben eingreifen.

Klein (1952) unterstreicht die Bedeutung der oralen Phase bei einer homosexuellen Lösung eines Konfliktes, eine Überzeugung, die auch Sullivan (1953) teilt, der die orale Zone für „die wichtigste Wurzel für die Entwicklung des Selbst“ hält. In diesem Zusammenhang sei auf Khans Forschung (1964) hingewiesen. Kürzlich hat auch Socarides (1968) darauf hingewiesen, daß bei der Entstehung der Homosexualität die Fixierung an die Mutter die größte Rolle spielt bei gleichzeitiger Unzulänglichkeit einer verlässlichen Vaterfigur, wie dies bei meiner Patientin der Fall war. Auch er betont die Rolle der oralen Komponente.

Die Identitätsdiffusion, die in dieser Psychoanalyse vorlag, ist der symbiotischen Beziehung, wie wir sie besonders von schweren Formen der schizophrenen Reaktion her kennen, verwandt (Ammon 1957 und 1968 b), ein klinischer Tatbestand, der besonders von Searles (1951, 1958 b, 1963 b) herausgearbeitet wurde. Selbstwertung und selbständige Existenz wird, wie auch bei meiner Patientin, einer Art „Muttermord“ gleichgesetzt. Hier wurde dies durch den Traum mit der Frau auf der Bahre dokumentiert. Man kann die homosexuelle Reaktion der Patientin m. E. auch als eine Abwehr gegen die sie umklammert haltende mütterliche Symbiose auffassen.

Die Übertragung in der psychoanalytischen Situation kam dem Arbeitsbündnis zu Hilfe und konnte so der Analyse zugänglich gemacht werden. Ich hoffe, daß es mir gelungen ist, auch deutlich zu machen, daß es keine Diagnose „Homosexualität“ gibt, daß das homosexuelle Geschehen vielmehr Korrelat einer Ich-Identitätsstörung ist, die in einer frühen Phase erworben wurde. Die homosexuelle Objektbeziehung spielte sich hier in Form einer aktiven und passiven Ich-Inkorporation ab. Bei fehlendem Objekt (vergleiche das Jahr der Patientin vor Beginn der Psychoanalyse) erlebte die Patientin das Gefühl von innerer Leere, Selbstwertverlust und somit narzißtischer Depression.

Zusammenfassung

Wir haben zu zeigen versucht, daß die oral-symbiotische Beziehung zur Mutter bei dieser Patientin in der Dynamik ihrer Homosexualität deutlich wurde. Im Zuge des psychoanalytischen Prozesses trat diese oral-symbiotische Konfliktsituation bereits früh während der Initialphase als eine besondere Form der Übertragung auf. Der Widerstandscharakter der symbiotischen Wünsche wurde mit Hilfe von Gegenübertragungsmanifestationen erkannt, und nach seiner Interpretation konnte der arretierte psychoanalytische Prozeß wieder in Gang gebracht werden.

Der Abwehrcharakter der homosexuellen und symbiotisch oralen Bedürfnisse der Patientin gegen eine drohende Ich-diffusion und Psychose wurde erörtert.

Dieser Fall scheint für eine große Gruppe von ähnlich strukturierten Fällen mit verschiedenen starken Ich-Störungen repräsentativ zu sein. Ich hatte Gelegenheit, diese über lange Zeit direkt im therapeutischen Milieu der Klinik zu beobachten, wo sie oft unter diagnostischen Formulierungen liefen, wie: depressive Reaktion bei infantil-narzißtischer Persönlichkeitsstruktur mit Zügen von Alkoholismus, Hyperphagie, sexueller Perversion usw. Aber auch eine Anzahl mehr differenzierter Fälle, die ich in klassischer Psychoanalyse hatte, wiesen diese Verbindung vor oraler Gestörtheit, Identitätsdiffusion und homosexuellen Zügen auf.

Literatur

- Ammon, G. (1957): The Psychotherapeutic Process of a Painter with Schizophrenic Reaction, demonstrated through pictures. Proceedings 6. Convent of the Interam. Soc. f. Psychol. Mexico City.
- (1965): The Turning point in the Psychoanalysis of a young woman with severe Identity Diffusion. 20. VII. 1965. The Menninger Foundation.
- (1968 a): Dynamische Psychiatrie, in: Dyn. Psych., Heft 1, Seite 7 u. 34.
- (1968 b): Verifikation von Psychotherapie bei Schizophrener Reaktion: In: Proceedings Dt.sprachige Ges. f. Psychopathologie des Ausdrucks, Basel, Confinia Psychiatrica, im Druck.
- (1968): Zur Psychodynamik und Gruppendynamik der Aggression: Hauptreferat auf der Tagung „Arzt und Seelsorger“, Düsseldorf 1. 11.1968, im Druck in: Wege zum Menschen.
- u. Ament, A. (1965): The Terminal Phase of the Dynamic Process of a Group Dynamic Teaching Process in: The Intern. Journal of Group Psychotherapy, Vol. XVII, Nr. 1, Seite 36.
- Deutsch, H. (1944): The Psychology of Women, Vol. I, Chapter IX (Grune and Stratton, New York).
- Erikson, E. (1956): The Problem of Ego Identity, in: Journal American Psychoanalytic Association 4: 56–121.
- Fenichel, O. (1945): The Psychoanalytic Theory of Neurosis. (W. W. Norton and Co., New York) 338–341.
- Freud, S. (1920): Über die Psychogenese eines Falles von weiblicher Homosexualität. In: Gesammelte Werke, Bd. 12 (Imago Publishing Co., London).
- (1932): Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse: Die Zerlegung der Psychischen Persönlichkeit, 31. Vorlesung, p. 63. In: Gesammelte Werke (Imago Publishing Co., London).
- Hoffer, W. (1949): Mouth, Hand, and Ego-Integration, The PSA Study of the Child Bd. 3/4.

- Jacobson, E. (1964): *The Self and the Object World* (International Universities Press, New York).
- Khan, M. (1963): *Silence as Communication*. In: *Bulletin of the Menninger Clinic*, Vol. 27, pp. 300-313.
- (1964): *The Role of Infantile Homosexuality and Early Object Relations in Female Homosexuality*. In: *The Pathology and Treatment of Sexual Perversion*, ed. by Ismond Rosen (London: Oxford University Press).
- (1968): *Sexual Perversion*. *Dyn. Psych.*, Heft 2.
- Klein, M., Heimann, P., Isaacs, S., and Riviere, J. (1952): *Developments in Psychoanalysis* (Hogarth Press, London).
- Loch, W. (1966): *Studien zur Dynamik, Genese und Therapie der frühen Objektbeziehungen*. In: *Psyche*, Heft 12.
- Nacht, S. (1963): *La valeur de la relation non verbale dans le traitement psychoanalytique*. In: *Revue Française de Psychoanalyse*.
- Racker, H. (1957): *The Meanings and Uses of Countertransference*. In: *The Psychoanalytic Quarterly*. Vol. XXVI, Nr. 3, pp. 303-357.
- Reich, W. (1949): *Character Analysis* (Orgone Institute Press, New York).
- Searles, H. F. (1951): *Data concerning Certain Manifestations of Incorporation*.
- (1958 b): *Positive Feeling in the Relationship between the Schizophrenic and his Mother*.
- (1963 b): *Transference Psychosis in Psychotherapy of Schizophrenia*: in: *Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects*. The Hogarth Press, London.
- Socarides, Charles W. (1968): *The Overt Homosexual* (New York, Grune & Stratton, Inc.).
- Spitz, R. A. (1967): *Vom Säugling zum Kleinkind*. Stuttgart, Klett.
- Sullivan, H. St. (1953): *The Interpersonal Theory of Psychiatry*, hsg. von Helen Swick Perry and Mary Ladd Garvel (Norton, New York).

Orality, Identity-Diffusion and Female Homosexuality: a psychoanalytic study

Günter Ammon

Cathy, an obese young lady came into analytical treatment at the age of 22 years. She was the oldest of 4 children of a lower middle class family. Her parents had lived with her mother's parents since Cathy's birth. Her mother had very close contact to her own mother, who was more or less the head of the household. Cathy had been in permanent contact with her mother up to the age of six. When she had to go to school she suffered great anxiety due to the separation from her mother, who showed not the slightest understanding. Her mother had to stay at school during the first day and also the coming week. Cathy sometimes ran home from school, because she wanted to see her mother. She was afraid that something could have happened to mother. Then mother wrote letters of excuse for her, that she would be ill. By and by she established contact with other children until she played almost exclusively with the boys of her street, because there were no girls of her age. Her mother often searched for the patient's understanding when she felt lonely and complained bitterly of father. She thought it her duty to settle quarrels between her parents. Furthermore she reported that her mother had forbidden her smoking and drinking and had characterized pre-nuptial intercourse as a horrible vice. Though she hated her mother because of this talking she nevertheless believed it and developed a deep feeling of guilt regarding her own sexual behaviour. In spite of her hostile feelings against her mother she was strongly attached to her and needed her nearness and admiration in order to accomplish her duties e. g., to study for school. Cathy always had a strong feeling of jea-

lousy towards the elder of her younger sisters but was tenderly attached to the youngest whom she strongly cared for. For her brother she did not care at all.

The mother of the patient told the social worker that throughout the whole childhood it was extraordinarily difficult to bring the child to bed. Cathy was crying and screaming and opposed violently. Every night there were long go-to-bed-rituals: with singing, rocking the baby, switching the light on and off. Again and again she had to go into the child's room because she kept on crying. When the baby finally slept, the mother had to go another time to look for the baby, because she was frightened that the baby might choke under the blanket.

The further report of the mother seems contradictory that she never talked to her baby until it was 2 years of age. She thought a baby stupid, that it would understand nothing. Also she never played with Cathy when she was small, because she had no patience for the baby.

The symptoms broke out when she left home for the university. She entered a homosexual relationship with a roommate for whom she sacrificed time and money. She imitated sexual intercourse with her, lying on her and gratifying her, herself having no orgasm. She only wanted to be with her. She tried to dominate her, but was very anxious to lose her. When the girlfriend decided to marry, she reacted with painful irritation and deep depression. She also became engaged to a former schoolfriend and applied for psychotherapy. For some months she was in treatment with a young therapist who eventually dismissed her because of negative transference, jealous hostility and neglect of the therapeutic rules (e. g., to have no homosexual relations). She continued treatment with an understanding older therapist who suggested psychoanalysis. She accepted his proposal and had to wait a year till she entered analytic treatment. In the first phase of treatment she tried to test the analyst in many ways. She doubted the sense of analysis and wanted to know how much she was obliged to restrict herself. The analyst tried to communicate that she must abstain from homosexual action and drinking not by moral considerations but because these symptoms were linked with her feelings of emptiness and loneliness from which she suffered most. There were some months of difficult treatment, with a monotonous voice she complained of her being tense, unreal and empty. She recalled childhood memories: her fear of darkness and death that her mother never might understand. She smoked lots of cigarettes and ate enormously. She said: "All pleasure comes through the mouth". Then there were long periods of silence. During the sessions the analyst felt sucked out and tired, sometimes he even fell asleep or grew angry. Eventually he became aware of her trying to put him out of action by this ritual. He learned to understand his countertransference reaction, i. e., that he treated her in the same manner as the mother of the patient did in her earliest childhood. When he asked her about what might cause her such anxiety, it turned out that she feared making him angry, hurting him and eventually losing him if she would tell about her lesbian relations and her drinking. He could make her understand that she had treated her girlfriend in the same manner she had expected to be treated by her mother. She was able to experience herself only in connection with another person, with an alter ego. With painful feelings she waited for the session to begin and likewise left the session.

She related a dream: a woman was dominated by a flying monster, having the same eyes as the analyst, preventing her from speaking, prescribing to her how she should behave and what she should do. The monster flew down to earth and called her to have intercourse with it. In this moment the patient heard the voice of this woman's little daughter. She asked the monster: "Who are you". The monster replied: "I am your son". In her associations she identified herself with the monster, the daughter-son, but also with the woman; but the monster was also representative of the analyst and of the girlfriend. She wanted to know who she was. She told of her fear of being

with the analyst and also of her fear of being separated from him. She remembered that in childhood the mother had cried out violently like a monster when she had complained of being under pressure from the insistent demands of mother. She was afraid of killing the mother. When the analytic work centered on this dream, she fell into regressive states. Leaving at the end of the session was very painful to her. She was overcome by voracity with a terrible feeling of inner emptiness. She felt she did not get enough from the analyst and she recollected her childhood struggles with mother about eating. After the monster dream came the turning point in the course of psychoanalysis. It was introduced by the interpretation of the archaic-symbiotic material of the earliest childhood. Her affects changed abruptly from depression to hypomanic euphoria. She talked very much and expected as much from the analyst as she would give him by her talking. Spontaneously she said: "Something has happened, I can feel again". Only after the symbiotic situation with the mother and the related destruction fear were worked through, could the analytic process take its course progressively.

Then Cathy dreamed of an old woman lying dead to be buried. Her first association was that this was the analyst whom she would kill if she would leave him. She remembered that she had always had the impression that mother would die in loneliness and grief if she would leave her. Perhaps, she said, she herself could have killed this woman, i. e., the mother. Only by this murder she could free herself to live. The dead woman was also representative of her girlfriend. The strong feelings of guilt about "matricide" were plausible. She remembered also that the mother had stopped her touching experiments when she was a little child. The mother had cried out when the patient, at the age of twelve months, made her first steps by herself. The mother disliked all the child did independently. Anything she did not do for the mother's sake was bad. In the evening and before going to bed she had fears of hunger. She described these fears in the same way as her separation fears. Conversely she had the impression that the mother was in need of her in the same way.

Again Cathy reported a dream with great pleasure: She was wallowing naked with another woman on a couch. She enjoyed touching the plentitude of flesh, to suck at and to bite in. There was no end of wallowing and she did not know who was who. This was the gratification of a pleasurable symbiosis without danger. Here the close connection between oral fixation and homosexuality came to the fore, "to be one with mother" out of which resulted an identity diffusion.

During analysis of her identity conflict there appeared another source of her homosexuality: her oedipal conflicts. She realised that the fear of the analyst represented the fear of her father who might do something horrible. She remembered being horrified when she saw the big penis of her father. She related that she feels men are laughing when they look at her. Her father always had criticized her. Because of her feelings of inferiority she had tried to change herself into a boy.

Later when her oedipal conflict was worked through, her father became for her a desirable man. Towards her mother she developed feelings of guilt and jealousy. Then she felt free to say: "But I am a girl and I like to be a girl". She had found her identity. Fenichel supposes two aetiological factors in female homosexuality: 1. repulsion of heterosexuality originating in the castration complex, 2. early fixation to the mother. He says that female homosexuality has more archaic traits than male homosexuality. This applies to the above mentioned patient who experienced an archaic regression and diffusion of identity in relation with a girlfriend. During the psychoanalytic process she reexperienced again the fusion with her mother. This was manifest by dreams as well as by the countertransference manifestation of the analyst.

The analysis of countertransference made him understand that he reacted as the internalized mother of the patient. The silence of the patient could be understood as

communication of her disturbed relation to the mother in childhood. The silence represents a special form of transference in connection with very early fixations to the oral-symbiotic phase of ego development. The close interrelationship between orality, identity diffusion and female homosexuality could be demonstrated. The homosexuality of this patient represented a defense of her symbiotic oral needs and of a threatening ego diffusion. There is no diagnosis of "homosexuality", but the homosexual reaction springs from a very early disturbance of ego identity. The homosexual object relationship could be seen as a form of active and passive ego incorporation. Only when the symbiotic needs could be released as resistance, the psychoanalytic process went on to the oedipal scene.

This psychoanalysis lasted only little less than three years. It was due to the fact that the patient had before two ego supporting psychotherapeutic experiences. By these experiences the patient was motivated and prepared for psychoanalysis and her separation conflict was put right in the beginning.

We tried to show through this patient how the oral symbiotic mother – object relationship was manifested in the dynamics of her homosexuality. During the psychoanalytic process this oral-symbiotic and archaic conflict appeared very early during the initial phase as a special form of transference. The character of resistance of this symbiotic need was recognized by the countertransference manifestations. When the resistance character was interpreted the arrested psychoanalytic process could go on. The patient's character of defense of her homosexual symbiotic oral needs against a threatening ego diffusion was discussed.

Anschrift des Verf.:

Dr. med. Günter Ammon

1 Berlin 15, Wielandstraße 27/28

Psycho-Analytic Aspects of Diffuse Cerebral Degenerations*

Thomas Freeman**

Introduction

The purpose of this report is to examine the clinical phenomena which characterise cases of Diffuse Cerebral Degeneration in terms of psycho-analytic theory (metapsychology). Apart from the light which such a study may throw on the state of the mental functions in these conditions it may also contribute to a fuller understanding of the psychopathology of the functional psychoses.

In the past psycho-analytic studies (Fenichel, 1945) on cerebral disease concentrated upon the alterations which occurred in the sphere of the sexual organisation. Auto-erotic phenomena, genital and pregenital trends which had both active and passive aims (exhibitionism, homosexuality, oral incorporative and anal retentive tendencies) were described. Phantasies from all levels of libidinal development were recorded and full accounts of the appropriate object relations provided. Attention was also given to the narcissistic orientation of these patients. In this report the main emphasis will be placed on the changes which occur in the distribution of libidinal cathexes in Diffuse Cerebral Degenerations particularly with respect to the manner in which the cathexis of real objects and object representations are affected. This involves giving consideration to the manner in which the ego functions in these conditions.

Diffuse Cerebral Degeneration may result from a pathological process affecting the cellular elements of the brain, from disease of the cerebral blood vessels or from a combination of both. These conditions are most frequently encountered in the last decades of life but they can occur much earlier. The initial symptoms are generally those denoting a loss of function – negative symptoms to use Jacksonian terminology. In this respect they differ quite strikingly from the functional psychoses where positive symptoms usually predominate at the outset of the illness. Patients with Diffuse Cerebral disease are generally reported as showing a change in personality. They may be less active, showing less initiative and most outstanding of all – forgetful. In those cases where the disease progresses there is a gradual deterioration of all mental functions. Speech becomes less in quantity and is disorganised with the appearance of perseverations and paraphasias. There is a loss of vocabularies. The patient cannot recall words or names at will. There is a disorder of intentionality. Often he cannot understand what is said to him – again due to the forgetting of words. He may even forget the names of parts of his body. The connection between speech and voluntary movement are therefore disturbed and so the patient cannot carry out simple instructions. Frequently he responds to an

* "The studies which led to his paper have been carried out in connection with a Research Project undertaken by the Hampstead Child Therapy Clinic, London, and financed under Grant No. 5 ROI MH05683 by the National Institute of Mental Health, Washington, D. C. USA."

** M. D., Holywell Hospital, Anskin, Northern Ireland.

instruction with an echo reaction (echolalia). He is often without orientation for space or time. Thus he cannot dress or feed himself and he frequently loses his way. At this stage perseverative signs in both speech and motility are pronounced leading the patient to stick rigidly to a verbal theme, phrase, word or action. There is a progressive turning in upon the self.

While this progression is the rule in these conditions described as Alzheimer and Pick's Disease, it is not an inevitable outcome in other cerebral states, particularly when the basis for the cerebral degeneration lies in disease of the blood vessels supplying the brain. Very often the patients give the impression that the disease process appears to be stationary – the outstanding clinical feature being a defect of short term memory. Many of these patients are, with respect to the symptoms, almost identical to the Korsakoff Syndrome with its circumscribed signs of memory defect, confabulations and defect of time sense. In the patients who do not show degeneralised deterioration of function – speech, perception and the control over motility remains quite good. They can engage in lively conversation, even although they may have forgotten, within seconds, what they were speaking about.

Positive symptoms, again using this term in the Jacksonian sense, are most likely to be found when the illness has progressed consistently with the fore-mentioned deterioration of cognition. Nevertheless they are not inevitable even in these progressive states. Included within the compass of positive symptoms are those phenomena which are a reaction to the disease unlike the negative symptoms which represent the direct effect of the pathological process. Thus certain speech defects (paraphasia, perseveration), confabulations, misperceptions, misidentifications, hallucinations, delusions and psychomotor phenomena can be described as positive symptoms. Some patients misidentify doctors, nurses and other patients as relatives, friends or workmates. Few patients develop persecutory delusions and hallucinations and when they occur are most frequent at night. Such persecutory ideas as make their appearance are usually founded on a severely deranged memory function. The patient believes that his personal belongings have been stolen when in fact they have been mislaid. However, psychotic phenomena are the exception rather than the rule in Diffuse Cerebral Degenerations (Bleuler 1924), although patients are encountered who present delusional ideas not very different from those of the functional psychoses.

Clinical Observations

In this section of the paper a descriptive account will be given of a series of clinical observations. The phenomena will be presented under two descriptive headings – first, Object Relations and second Cognitive Status.

In order to facilitate presentation of material a distinction will be drawn between (a) those patients who do not present any evidence of positive symptoms (misidentifications etc.) in the sphere of object relations and (b) those who do.

Object Relations

a) In those patients whose symptomatology consists predominately of loss of mental functions (negative symptoms) and where the pathological process

has not advanced beyond a certain limit it is possible to obtain valuable information regarding the state of their current object relations. These patients are for the most part eager to enter into conversation and they soon establish friendly contacts. They show an interest in those interested in them and if regular meetings are arranged look forward to them.

In the course of such meetings the patients are handicapped by the fact that they cannot easily remember the doctor's name or occupation. The name presents less difficulty than the occupation. After a few meetings many of the patients can recall the name and once this is achieved forgetting is not very frequent. With respect to the occupation the patients make strenuous effort to remember this but nearly always fail even after many months of regular contact. When pressed to recall the word doctor they provide answers which are often related to their own former occupations. Sometimes the replies are close to the role the doctor performs as one who helps, assists or repairs. For example, a patient who had been a motor-engineer all his life could not recall the word doctor but he said "I think you are for repairing things, for fixing broken machines". Another patient who had been in the drapery business said "... are you not in the drapery business ... "I'm sure you work in a shop". A third who had worked as a slaughterman said "... your in the cattle business deep in it". Some patients base their opinions on the doctor's appearance or behaviour and here they are less influenced by their own life experiences. A patient said "your clerical ... you might be a solicitor ... you are very exact and correct in your speech ... in your knowledge of right (write)". Here, in this sphere of naming the occupation, as is so many other judgements about reality, the outcome is based upon a balance between the strength of the inner reality and the impact of environmental impressions.

Clinical observation indicates that the inability to recall the doctor's occupation cannot be wholly attributed to faulty registration of the verbal representation (doctor). When patients are given the word "doctor" they cannot recall it on request nevertheless they may employ the word in subsequent conversation. For example a patient could not produce the word doctor yet a few seconds later he included in his remarks the phrase "when we are sick we always send for the doctor". This is a common finding in Diffuse Cerebral Degenerations – a word inaccessible to the patient may yet appear in another context when voluntary effort is not required.

b) This second group of patients are characterised by the presence of misidentifications. As has already been mentioned these phenomena can occur even when the deterioration of intellectual functions is limited in extent. Misidentifications tend to appear most easily at night when the patient is deprived of many of the cues which would make correct recognition possible. During the day misidentifications are also to be observed and they vary, from patient to patient, with respect to their specificity. In many cases the individual misidentified is not specified as a person the patient knew well or intimately. The patient may merely regard other patients as work-mates, certainly not acknowledge them as fellow patients. In other cases the misidentification is quite specific as when the patient identifies the doctor as his brother or nephew or son. This may follow a momentary failure to recognise the doctor at all as in the following instance – "I don't know your nome – your a Jones (patient's family name)

... are you Jim's (patient's brother) son? ... it's the first time I have seen you ... I've seen you in the pram ...". In this case the patient went on to identify the writer as his older brother – "your not younger than me Jimmy, your older ... about sixteen ... I'm fourteen ... I will be fourteen on the next birthday ...". Nurses may be misidentified as sisters, mothers or aunts. Occasionally the real sex of the object is ignored and misidentified as the opposite sex.

Sometimes it is possible to observe that a misidentification is based on only one characteristic of the object and all the dissimilarities are ignored. In this respect the patient suffering from Diffuse Cerebral Degeneration is no different from the patient suffering from Chronic Schizophrenia. In both conditions the stimulus for the misidentification is a particular feature or aspect of behaviour. This stimulus evokes a response (the memory trace of the object from the past) which blots out the recognition of the real object. In the case of a woman patient it was noted that she misidentified a fellow female patient, who sat beside her, as her dead husband. In this instance the fellow patient was a tall woman of masculine build and facial appearance. It is perhaps necessary to add that the misidentifications of these patients are not isolated or ephemeral phenomena as might occur in a delirium due to an infection, alcohol, circulatory failure or a defect of metabolism. Rather they belong within the context of the phase of the patient's past life which has now been revived and gained the significance of reality. This reality has stability and permanence.

In spite of these misperceptions the patient's do not behave inappropriately with respect to the misidentified objects (doctors, nurses, other patients). They are responsive to them and their behaviour is in keeping with their situation i. e. that they are in hospital. In this respect they differ from schizophrenic patients who misidentify and whose behaviour with respect to the misidentified object is unpredictable depending on the patient's attitude to the delusional object. Patients in both categories (a) (b) – that is those who do not misidentify and those who do, maintain their ties with others in spite of disappointments (for example not being able to leave hospital, failure of visitors to arrive etc.), and upsets in interpersonal relations. Their object ties are therefore not dependent on need satisfactions in spite of the incapacity to retain the names of objects, their occupations and in spite of misidentifications.

Cognitive Status

Although it is possible to describe the disorders of cognition which occur in Diffuse Cerebral Degenerations by taking up, in turn, the manner in which speech, thinking, memory and perception are affected this approach tends to fragment the phenomena which are available to observation in such a way as to detract attention from the most striking and important aspects of the symptomatology. In this particular situation the isolated description of damaged ego functions introduces an artificiality which prevents the relationship which exists between them being convincingly revealed. In the following clinical illustrations the disturbances which are simultaneously affecting the ego functions becomes quite manifest.

When patients who are capable of communicating by means of speech are brought together it soon becomes apparent that the various forms of memory disturbance which they show are only the expression of deficiency in the spheres of attending, perceiving, registering external stimuli, thinking and recalling what has gone before. It is well known that there are patients with Diffuse Cerebral Degenerations who speak as if their present environment did not exist and as if the past was still in the present. A case in point is the patient who had been a slaughterman. When he was asked, as he often was, what he had been doing earlier in the day he replied – "I was out killing some pigs and now I am having a bit of a rest". Asked who the nurses were he would reply – "some of the young men I am bringing on at the slaughtering". He would then go on providing details about all the men he had trained for his trade. In another case, a man who had owned a chicken farm, the following emerged – "I'm thinking about the work, just the usual, the chickens to look after, cleaning in the afternoon and keeping the place clean and tidy, you can't do much after you have the feeding done".

In these cases it is quite impossible to get the patient to acknowledge the reality of his immediate environment. He forgets the name of the hospital however often he may be told. He insists that he is at home or at work. This persistence of the past is evident in everything that is said – a patient will tell another who asks where they are that they are at her home and she will give the address. External impressions are accommodated to the patient's reality. For example a patient who believed that she was still living in her village saw smoke coming from a chimney. Immediately she said "that's the old mill – Dinsmore's". She was referring to the mill near her home where she lived for many years before coming into hospital.

During group discussions topics are always of the past. It is striking that the patients do not appear to be affected by their surroundings. Those features which may contradict their belief are apparently ignored. The complete pre-occupation with past experience leads to the appearance of the irrelevant and inappropriate statements. A patient may be recounting an experience, another joins in but his comment bears no connection with the proceeding subject. For example a patient was talking about his adventures in the 1914-18 war, a popular subject constantly repeated by this man. Another patient, the former motor-engineer, interposed the following remark "what make of car did you say?" The former repeated his sentence thinking the latter had not heard him but was answered by – "the main thing you want to have is good brakes". It would be wrong to assume that the motor-engineer was incapable of coherent and intelligible speech because when he was engaged in talking about motor-cars, their faults and the means of repair he would speak convincingly and with knowledge.

In patients of this type it is not uncommon to encounter a denial of the death of husband or wife. In one case the patient was always asking for information about her dead husband – where had he gone to, he had just left the house one day and not returned. On one occasion only did she remember that he was dead. However this reaction was not invariable and there are many who acknowledge the death of their spouses.

At an earlier point in this paper data was presented which suggest that verbal impressions find mental registration even although they are not accessible to the patient as a result of conscious intent. Listening to patients in a group discussion reinforces the view that patients are constantly assimilating overheard speech and other external impressions but these mental registrations do not appear to find the form of conscious expression which might influence their thinking or judgement. A patient was listening to another talking about his work as a shoemaker. The former commented on the price of shoes and this led to a brief discussion. Some minutes later a third patient began talking about something quite different, interspersing the work shoemaker in an entirely inappropriate manner. It appeared as if the third patient was affected by the discussion although unable to take part in it.

Observations of this kind are commonplace during group discussions and while talking to patients. Illustrative is the patient who assimilated into his speech random visual percepts consisting of two metal (iron) coat-hangers which were suspended on wall hooks in a consulting room. These registrations led to a new line of thought quite unconnected with what went before – “I’m only a boy”, he said, “as you grow older you can find out more things for yourself . . . it is hard for me to say because I don’t know . . . that’s all you need to worry about as long as they can be neatly hung up . . . you don’t need to go and iron them if you hang them up nicely . . . what’s this you’ve got at the top of the house? (pointing to a cupboard on the wall) . . . It’s a heater, you can set it up and heat it and iron your clothes with it”. An earlier example of the same phenomena was the patient who ended his sentence with the word “right”. This may equally well have been “write” as the writer was taking some notes at the time.

Finally some reference must be made to the way in which speech and motility may be affected in cases of Diffuse Cerebral Degenerations. Not only is there difficulty in name and word finding but patients also tend to distort words, produce substitute words and new word formations (paraphasias). An example of this is the patient who attempting to identify the writer’s occupation said “. . . are you not . . . for animals . . . they say you looked after animals who are sick . . . a vegetarian or victorian . . . some name like that”. Here the patient’s choice of word was determined by his own country background and his awareness of the writer’s role as healer or helper. He was trying to find the word veterinarian but instead produced the substitute words victorian and vegetarian.

In the sphere of psychomotility the outstanding characteristic is perseveration. This is most convincingly demonstrated in writing and drawing. When asked about his name and address the patient may compulsively write his name only. In drawing the patient may not be able to abandon a first design when asked to copy a second. Sometimes he may produce a composite picture of the two designs.

Metapsychological Considerations

In this section an attempt will be made to understand in metapsychological terms the clinical phenomena presented by a patient suffering from Diffuse

Cerebral Degenerations. In order to do so it is necessary to turn to certain aspects of the account given by Freud of the hypothetical mental apparatus (1900) as he envisaged it to operate in the mentally healthy. It should then be possible to examine the clinical phenomena as expressions of the disordered function of this apparatus.

I

In "The Interpretation of Dreams", Freud (1900) elaborates the view that the basic aim of the mental apparatus is to avoid an accumulation of excitation resulting from the demands upon it by bodily needs. The accumulation of excitation leads to unpleasure and it is this that sets the apparatus in motion with the intention of obtaining a discharge of this "tension". The mental representation of this movement of excitation comprises the change from unpleasure to pleasure. The aim underlying the movement is a wish for satisfaction. Initially wishing consists of a cathexis of memory traces of past satisfactory experiences. Here the discharge of excitation – the movement of cathexis – is not in the direction of the motor system but towards the perceptual sphere of the mental apparatus resulting in hallucination. The hallucinatory nature of the process precludes satisfaction of the need. This results in the development of a second system (in contrast to the first "wishing" system) within the apparatus which would prevent cathected memory traces of past satisfaction from reaching perception. This second system introduced a new means of dealing with the cathexes arising from wishes. It aimed of finding "... round about path which ultimately, by means of voluntary movement, altered the external world in such a way that it became possible to arrive at a real perception of the object of satisfaction" (Freud, 1900).

The second system has located within it multitudes of memory schemata which are potentially available for conceptual thinking and purposive acts directed to the end of need satisfaction. Conscious memory is also a function of this second system and is to be distinguished from the memory traces which are imprinted on the first system. The activity of the primary system is governed entirely by the pleasure-unpleasure principle. If a painful external stimulus is introduced to the first system it will spontaneously reject such stimulation by means of the motor system. If by chance anything should revive the memory of the painful stimulus it will be abandoned immediately. This process of "... regular avoidance by the psychical process of the memory of anything that had once been distressing affords us the prototype and the first example of psychical repression" (Freud, 1900).

In order for the second system to achieve its aim of need satisfaction by bringing about suitable external conditions it must operate in a manner which is not wholly and entirely dependant on the pleasure-unpleasure principle. There will inevitably be occasions when the fulfillment of the aims of the second system are dependant on the activation of painful memories. It is therefore necessary that a restriction be imposed on the extent of the unpleasure associated with the cathexis of such a memory.

The first system represents the mode of action of the unconscious while the second system characterises the preconscious. The preconscious is, as has been mentioned above, the locus for memory schemata of all kinds. These memory schemata are verbal residues of sense perceptions. When they join up with thought processes arising from the system preconscious they have the potential for entering consciousness. The act of becoming conscious is dependant upon a hypercathexis of the preconscious verbal ideas.

Thoughts in the preconscious may persist or disappear. They may also become connected with an unconscious wish with which the preconscious ideas have some association. This linkage leads to a transfer of cathexis from the unconscious wish to the preconscious thoughts. Under certain circumstances this transfer of cathexis from the unconscious wish leads to unpleasure as a result of memories or ideas associated with the wish. The subsequent withdrawal of cathexis from the preconscious ideas results in their repression and has the result of exposing the ideas to the influence of the system unconscious – “... from the moment at which the repressed thoughts are strongly cathected by the unconscious wishful impulse and, on the other hand, abandoned by the preconscious cathexis, they become subject to the primary psychical process and their one aim is motor discharge, or if the path is open, hallucinatory revival of the desired perceptual identity. We have already found empirically that the irrational processes we have described are only carried out with thoughts that are under repression ... the irrational processes which occur in the psychical apparatus are the primary ones. They appear whenever ideas are abandoned by the preconscious cathexis, are left to themselves and can become charged with the uninhibited energy from the unconscious which is striving for an outlet” (Freud, 1900).

II

The absence of any reference to the structural concept of the ego will not have escaped notice. This omission has been purposive because its employment as an explanatory concept frequently leads to a neglect of the dynamic and economic aspects of the symptomatology presented by a mental illness. The concept of inborn, autonomous ego functions has sometimes had the affect of suggesting that rigid barriers exist between the system unconscious (the id in the structural terminology) and the ego thus implying that the primary and secondary processes are self contained systems isolated from one another (Holt, 1965; Apfelbaum, 1966; Zelmanowitz, 1968). While acknowledging that this misunderstanding can be avoided it seems simpler to have recourse to the hypothesis of the mental apparatus which not only regards the Perceptual-conscious, Preconscious and Unconscious topographically but also as dynamic systems as was described above.

The clinical material which has been presented reveals that in Diffuse Cerebral Degenerations the system preconscious has been subject to extensive injury. The damage involves a number of important functions. Verbal and pictorial (size, shape and distance constancies) representations no longer appear to be

available thus things and persons cannot be described or when they are the description reflects a disturbance of perceptual constancies. Registration of percepts appears to occur but there is an absence of that hypercathexis necessary for their appearance in consciousness when the patient desires this. The representation of objects is deficient but here again it is often only an incapacity to name. However it is important to recognise that it is the preconscious representations of the objects which are disorganised and not their role as recipients of object cathexis. This view is borne by the fact that when the correct word or name is not available to the patient he attempts to find other representations with which the correct one is associated. This observation reveals that cathexis arising from unconscious sources are constantly attempting to invest object representations. The behaviour of patients with real objects shows this to be true. Object cathexis is not abandoned and it may be inferred from other observations (misidentifications) that the object representations in the system unconscious are intact and adequately cathected.

These observations contribute to knowledge regarding the relationship which exists between size, shape and distance (perceptual) constancies and the psycho-analytic concept of object constancy (the maintenance of object cathexis). Perceptual constancies can be extensively disorganised and yet object constancy remains intact. Object cathexis continues to exist even in the absence of a stable preconscious image of the object. This data supports the view that "... the two processes are different from each other" (A. Freud, 1968).

The inability of patients to recall words which have obtained a mental representation through perception points to another deficiency of the mental apparatus in these organic mental states – this time of the system Perceptual-Conscious. The inability to recall internal data is matched by the failure to assimilate environmental stimuli on a scale which would influence judgement. This can be explained by assuming that the system Perceptual-Conscious is no longer cathected by sources from within the apparatus (Freud, 1925). This results in a loss of active attention to both external and internal content. There is no hypercathexis of percepts or preconscious verbal representations.

This explanation of why patients cannot acknowledge their environment is not entirely satisfactory. It does not help in understanding why patients would substitute the reality of the past to the extent of believing they are at home, or at work or that the nurse is the mother or sister. A satisfactory explanation requires an approach from the dynamic – economic standpoint. It is not unreasonable to assume that when these patients are in hospital they take up a certain attitude to their environment. Many of their perceptual experiences lead to pain and distress. The associated ideas are bereft of cathexis. In this respect these mental residues of verbal and visual impressions are treated no differently than preconscious ideas which have received additional cathexis from a repudiated unconscious wish. The appearance in consciousness of both categories would cause mental pain. The decathected preconscious residues of perception are now joined by powerful wishes arising from both preconscious and unconscious. Above all are the wishes to be young, healthy and active, to be home with spouse and at work. Wishes for parents return and other childhood wishes also. These trains of thought, no longer governed by preconscious cathexis are subject to the activity of the system unconscious. The

cathexis underlying the wishes press for discharge. This may take place at the perceptual sphere of the apparatus. Cathected memories have a hallucinatory revival (hallucinatory wish fulfillment). The arousal of memories in the hallucinatory form has the effect of falsifying the perception of the environment and the objects in it. The result is more or less specific forms of misidentifications. Appreciation of the environment is no longer undertaken by the secondary process of the preconscious system with its capacity for high level abstraction. Instead the primary process with its primitive form of abstraction facilitates the identification of quite dissimilar percepts – visual or auditory on the basis of one common characteristic – the ‘pars pro toto’ phenomenon. Illustrations of this were given above. Involvement of the mental representations of words by the primary process leads to substitute words and new word formations. Psychomotility is also effected as evidence by the occurrence of perseveration in drawing and writing. (Condensations).

Many of the phenomena which have been described as occurring in Diffuse Cerebral Degenerations also arise in certain forms of schizophrenia – particularly the misidentifications, hallucinations, inattention, disorders of speech and thinking, memory lapses and other cognitive defects. In these schizophrenic illnesses it appears as if a decathexis of the system preconscious has also taken place. As in the organic mental states ideas from which preconscious cathexis has been withdrawn, because of association with proscribed unconscious wishes, have fallen under the influence of the primary process – hence the misidentification, hallucinations etc. However the decisive difference between the two clinical categories lies in the fact that in the organic mental states it is the system preconscious which is primarily affected. Therefore only word representations (memory schemata) are damaged, the object representations in the system unconscious remain intact in their function as recipients of object cathexis. In the schizophrenic states the disturbance traverses the whole mental apparatus. At the onset of the illness all the systems perceptual-conscious, pre-conscious and unconscious are subject to a disastrous upheaval, to an “internal catastrophe” as Freud (1911) described it. There is a wholesale decathexis of all forms of representation which includes the representation of objects in the system unconscious. This is paralleled by the decathexis of real objects and the loss of object constancy. This development never takes place in the category of organic cases described here although this may occur in isolated instances. At a later stage of the schizophrenic illness a recathexis occurs but this is limited to the word representations in the preconscious and to phantasies which then, under the influence of the primary process, comprise the psychotic reality (the restitutional symptoms).

Literatur

- Apfelbaum, B. (1966): On Ego Psychology: A Critique of the Structural Approach to Psycho-Analytic Theory. *Int. J. Psycho-Anal.*, 47, 451–475.
 Fenichel, O. (1945): *The Psycho-Analytic Theory of Neurosis* (New York, Saunders).
 Freud, A. (1968): Panel Discussion. *Int. J. Psycho-Anal.*, 49, 506–507.
 Freud, S. (1900): *The Interpretation of Dreams* (London, Allen & Unwin, 1954).
 — (1925): A Note Upon the Mystic Writing Pad. *Collected Papers 5* (London, Hogarth Press, 1950).

- Holt, R. R. (1965): Ego Autonomy Re-evaluated. *Int. J. Psycho-Anal.*, 46, 151–167.
Zelmanowitz, J. (1968): Review of the Collected Papers of David Rapaport. In: *Psychiatry*, 31, 292–299.

Psychoanalytische Aspekte der diffusen cerebralen Degeneration

Thomas Freeman

Der Autor unternimmt den Versuch eines metapsychologischen Zugangs zur Symptomatik der diffusen cerebralen Degeneration, welche bei der einfachen senilen Hirnatrophie, beim Morbus Pick und M. Alzheimer und bei der cerebralen Gefäßsklerose vorliegt. Er beschreibt zunächst die bekannten klinischen Erscheinungen, wobei er nach Jackson zwischen negativen Symptomen, welche durch den Verlust einer normalen Funktion entstehen, und positiven neuentstandenen Symptomen unterscheidet. Eigene klinische Beobachtungen untersucht er in Hinsicht auf die Objektbeziehungen wie auch auf die kognitiven Fähigkeiten. Weiterhin gliedert er das Material danach, ob positive Symptome vorgelegen haben oder nicht.

Bei Patienten, die lediglich einen Verlust bestimmter geistiger Funktionen, also negative Symptome aufweisen, kann man verwertbare Informationen über den Stand ihrer Objektbeziehungen erhalten. Meist fangen sie gern ein Gespräch an und haben bald freundliche Kontakte, wobei sie dadurch behindert sind, daß sie sich Namen und Beschäftigung des Arztes nicht merken können. Nach einigen Begegnungen können sie dann zwar an seinen Namen erinnern, seinen Beruf benennen sie aber auch später noch mit der Bezeichnung ihres eigenen früheren Berufs oder sie umschreiben ihn mit der Rolle einer irgendwie helfenden Person. Diese Schwierigkeit ist nicht einfach durch eine mißlingende Registrierung der Wortrepräsentanz (Doktor) zu erklären; denn sie verfügen über dieses Wort ohne weiteres, wenn es in einem anderen Zusammenhang auftaucht. – Die andere Gruppe von Patienten ist durch das Verkennen von Personen gekennzeichnet. In der verkannten Person wird entweder eine spezielle wohlbekannte Person (z. B. ein Angehöriger) oder in unspezifischer Weise z. B. ein Arbeitskollege gesehen. Manchmal beruht die Verkennung auf einem einzigen charakteristischen Zeichen des Objekts, während alle Unähnlichkeiten ignoriert werden. Hier besteht eine Gemeinsamkeit mit der chronischen Schizophrenie. Diese Verkennungen sind im Gegensatz zu jenen, die z. B. im Delir auftreten, beständig und stabil. Trotz diesen Verkennungen verhalten sich diese Patienten adäquat zu ihrer Umgebung, sie wissen, daß sie im Krankenhaus sind. Unabhängig davon, ob sie verkennen oder nicht, halten sie ihre Beziehungen zu anderen aufrecht, auch wenn es zu Enttäuschungen oder Meinungsverschiedenheiten kommt. Ihre Objektbeziehungen sind unabhängig von der Befriedigung ihrer Bedürfnisse. Wenn man die kognitiven Störungen isoliert untersucht, soweit sie Sprechen, Denken, Gedächtnis und Wahrnehmen betreffen, läuft man Gefahr, wichtige Aspekte der Symptomatik zu übersehen. Manche Patienten sprechen, als ob ihre augenblickliche Umgebung gar nicht vorhanden wäre und als ob sie in der Vergangenheit lebten. Es ist ganz unmöglich, den Patienten zur Anerkennung seiner jetzigen Umgebung zu bringen. Äußere Eindrücke werden der Realität des Patienten, welche in der Vergangenheit liegt, angepaßt. Widersprechende Eindrücke werden ignoriert. Oft wird der Tod eines Angehörigen geleugnet. Wenn man dem Gespräch der Patienten zuhört, erhält man den Eindruck, daß Worte und andere äußere Eindrücke zwar ständig aufgenommen und registriert werden, aber nicht die Form des bewußten Ausdrucks finden, welcher ihr Denken und ihr Urteil beeinflussen könnte.

Bei seinen metapsychologischen Überlegungen geht der Autor von den Vorstellungen aus, die S. Freud im 7. Kapitel seiner Traumdeutung über die allgemeinen Funktionsweisen des psychischen Apparates entwickelt hat. Nach Freud ist das Hauptziel des

psychischen Apparates, die Anhäufung von Erregung, die aus körperlichen Bedürfnissen stammt, zu vermeiden. Die Anhäufung von Erregung führt zu Unlust, welche den Apparat mit dem Ziel der Spannungsabfuhr in Bewegung setzt. Es wird eine Wunschbefriedigung angestrebt. Ursprünglich bestehen die Wünsche in einer Besetzung der Erinnerungsspuren früherer befriedigender Erfahrungen. Die Besetzung geht nicht in Richtung des motorischen Systems, sondern erstreckt sich auf die Wahrnehmungssphäre des psychischen Apparates. Es kommt zu Halluzinationen, welche eine Befriedigung des Bedürfnisses ausschließen. Es entwickelt sich innerhalb des Apparates ein zweites System, welches verhindert, daß die besetzten Erinnerungsspuren vergangener Befriedigungen in den Wahrnehmungsbereich gelangen. Das zweite System dient dazu, daß es „die vom Bedürfnisreiz ausgehende Erregung auf einen Umweg leite, der endlich über die willkürliche Motilität die Außenwelt so verändert, daß die reale Wahrnehmung des Befriedigungsobjekts eintreten kann“. Das bewußte Erinnern ist eine Funktion des zweiten Systems und dient zweckgerichteten Handlungen. Es ist zu unterscheiden von den Erinnerungsspuren des ersten (primären) Systems. Die Tätigkeit des primären Systems wird ganz vom Lust-Unlust-Prinzip beherrscht. Trifft dieses System ein schmerzlicher Außenreiz, wird er sofort mit Hilfe des motorischen Systems abgewehrt. Die Wiederbelebung eines Schmerzreizes in der Erinnerung wird sofort unterbunden. „Diese mühelos und regelmäßig erfolgende Abwendung des psychischen Vorgangs von der Erinnerung des einst Peinlichen gibt uns das Vorbild und das erste Beispiel der psychischen Verdrängung.“ Das erste System stellt die Handlungsweise des Unbewußten dar, das zweite System die des Vorbewußten. Das Vorbewußte ist der Ort für Erinnerungseindrücke aller Art. Diese sind verbale Ablagerungen von Sinneseindrücken. Wenn sie sich mit Denkprozessen verbinden, die im System Vorbewußt entstehen, erlangen sie die Möglichkeit, in das Bewußtsein einzutreten. Das Bewußtwerden ist von einer Übersetzung vorbereiteter Wortvorstellungen abhängig. Vorbewußte Gedanken können mit einem unbewußten Wunsch, zu dem eine assoziative Brücke besteht, verknüpft werden. Dabei wird Besetzungsenergie vom unbewußten Wunsch auf die vorbereiteten Gedanken verschoben. Unter Umständen führt diese Verschiebung zu Unlust, wenn entsprechende Vorstellungen mit dem Wunsch verknüpft sind. Der darauf folgende Entzug der Besetzung von den vorbereiteten Vorstellungen resultiert in ihrer Verdrängung. „Von dem Moment aber, da die verdrängten Gedanken von der unbewußten Wunscherregung kräftig besetzt, von der vorbereiteten Besetzung dagegen verlassen sind, unterliegen sie dem primären psychischen Vorgang, zielen sie nur auf motorische Abfuhr oder, wenn der Weg frei ist, auf halluzinatorische Belebung der gewünschten Wahrnehmungsidentität. Wir haben früher empirisch gefunden, daß die beschriebenen inkorrekten Vorgänge sich nur mit Gedanken abspielen, die in der Verdrängung stehen. – Diese inkorrekten Vorgänge sind die im psychischen Apparat primären; sie treten überall dort ein, wo Vorstellungen von der vorbereiteten Besetzung verlassen, sich selbst überlassen werden und sich mit der ungehemmten, nach Abfluß strebenden Energie vom Unbewußten her erfüllen können.“*

Mit Absicht hat der Autor nicht auf das Strukturkonzept Bezug genommen, weil er die dynamischen und ökonomischen Aspekte unterstreichen und nicht die Vorstellung von isolierten, auf sich selbst bezogenen Systemen wachrufen wollte.

Das klinische Material zeigt nun, daß bei der diffusen cerebralen Degeneration das System Vorbewußt erheblich geschädigt ist. Wort- und Bildrepräsentanzen stehen nicht mehr zur Verfügung. Es werden zwar noch Wahrnehmungen gemacht, die für das Eintreten in das Bewußtsein erforderliche Übersetzung bleibt aber aus. Die Objekte sind nur in ihrer vorbereiteten Repräsentanz gestört, nicht aber in ihrer Rolle als Träger von Besetzung. Die aus unbewußten Quellen stammende Besetzung versucht ständig,

* Alle Zitate: S. Freud. Gesammelte Werke, Band II/III. S. 604, 606, 610–11.

auf Objektrepräsentanzen überzugehen. Man kann annehmen, daß die Objektrepräsentanzen im System Unbewußt intakt und adäquat besetzt sind. Während die Wahrnehmungskonstanz erheblich gestört ist, ist die Objekt Konstanz doch intakt. Außerdem ist das System Wahrnehmungs-Bewußtsein nicht mehr hinreichend besetzt, was in einem Mangel an Aufmerksamkeit für äußere und innere Wahrnehmungen zum Ausdruck kommt.

Wie ist es nun zu erklären, daß diese Patienten ihre Umgebung nicht anerkennen und die Gegenwart durch die Vergangenheit ersetzen? Man kann annehmen, daß viele ihrer Wahrnehmungen peinlicher Natur sind. Den dazugehörigen Vorstellungen wird die Besetzung entzogen. Sie werden nicht anders behandelt als vorbewußte Vorstellungen, die eine zusätzliche Besetzung durch einen verpönten unbewußten Wunsch erhalten haben. Die unbewußten Wünsche dürften hier in Richtung auf Jungsein, Gesundheit und Kontakt mit Angehörigen gehen. Diese Wünsche sind nun den Gesetzen des Systems Unbewußt ausgeliefert. Die Besetzung erfolgt in der Wahrnehmungssphäre des psychischen Apparates, es kommt zu einer halluzinatorischen Wunscherfüllung. Dadurch wird die Wahrnehmung der gegenwärtigen Umgebung verfälscht. Der Primärprozeß ermöglicht die Identifizierung von ganz unähnlichen Wahrnehmungen auf der Grundlage eines einzigen gemeinsamen charakteristischen Zeichens, wir sprechen vom „Pars-pro toto-Phänomen“. Auch die Wortrepräsentanzen sind dem Primärprozeß unterworfen, es kommt zu Ersatzworten und Wortneubildungen (Paraphasien).

Viele der hier beschriebenen Phänomene kommen auch bei gewissen Formen der Schizophrenie vor, wie Verkennungen, Halluzinationen, Sprach- und Denkstörungen, Gedächtnis- und andere kognitive Störungen. Der Hauptunterschied liegt jedoch darin, daß bei den organisch bedingten Störungen hauptsächlich das System Vorbewußt geschädigt ist. Es sind daher nur die Wortrepräsentanzen geschädigt, aber nicht die Objektrepräsentanzen. Bei der Schizophrenie dagegen ist der ganze psychische Apparat geschädigt. Beim Einsetzen der Erkrankung werden alle Systeme (Wahrnehmungsbewußtsein, Vorbewußt und Unbewußt) einer verhängnisvollen Umwälzung unterworfen, es kommt zu einem umfassenden Entzug von Besetzung von allen Repräsentanzen, auch von den Objektrepräsentanzen im System Unbewußt. Damit einher geht der Entzug der Besetzung von realen Objekten und der Verlust der Objekt Konstanz, was bei organisch bedingten Störungen nie vorkommt. In den späteren Phasen der Schizophrenie kommt es dann zu Wiederbesetzungen, diese sind aber auf die Wortrepräsentanzen beschränkt und auf Phantasien, welche, unter dem Einfluß des Primärprozesses, die psychotische Realität enthalten (die Restitutionssymptome).

Author's address

Thomas Freeman, M. D.

Holy Well Hospital

A n t r i m , Northern Ireland

Hochschulpsychiatrie / College Psychiatry

(referiert nach dem Amerik. Journ. of Psychiatry Vol. 124 No. 5/67)

Halleck von der Universität Wisconsin befaßt sich mit der Behandlung des „entfremdeten“ Studenten. Die Entfremdung versteht er in Hinsicht auf die Werte der Familie und der Gesellschaft. Sie äußert sich in vagen Gefühlen von Apathie, Langeweile und Sinnlosigkeit. Der entfremdete Student ist wie folgt gekennzeichnet: Er lebt nur in der Gegenwart und vermeidet Bindungen an Ideen oder Menschen. Er arbeitet ungern in Organisationen. Vom revolutionären Studenten unterscheidet er sich durch das Fehlen utopischer Ideale. Er hat keinen Kontakt zu Eltern oder anderen Erwachsenen. Auseinandersetzungen meidet er. Sein Konzept von sich selbst ist schlecht definiert, er befindet sich in einer chronischen Identitätskrise. Er neigt zu schweren Depressionen und Suizidversuchen. Er macht der Gesellschaft den Vorwurf, daß sie ihm nicht zu einem sinnvollen Leben verholfen habe. Er ist unfähig, sich zu konzentrieren und zu studieren. Sein Sexualleben ist promiskuös. Impotenz bzw. Anorgasmie sind häufig. Er nimmt Marihuana oder LSD. – Der Autor sieht in der Entfremdung eine Reifungshemmung. Er versteht sie als passiv-aggressive Rebellion gegen die Autorität. Der Student erlebt die Entfremdung, weil er Kindheitskonflikte nicht gelöst hat und nicht auf die Frustrationen des Studentendaseins vorbereitet ist. Er kommt gewöhnlich aus der Mittelklasse und ist in einer Großstadt aufgewachsen. Seine Eltern haben ihn nachgiebig erzogen. Häufig sind hinter dieser Nachgiebigkeit emotionelle Schwierigkeiten der Eltern verborgen, die sich mit ihrem Kind identifiziert und ihm eine Rolle auferlegt haben, die dem Ehepartner zugestanden hätte. Seinen Vater hat er als schwache, zwar liebenswerte, aber schattenhafte Person erlebt. Die Kindheit hat er in Gesellschaft der Mutter verbracht. Die Einstellung der Eltern zur Aggression war widersprüchlich, einerseits wurde der Ausdruck von Zorn als gesund angesehen, andererseits machte die Nachgiebigkeit eine direkte Konfrontation zwischen Eltern und Kind unmöglich. – Die Schwierigkeiten werden zu Beginn des Studiums akut. Der Student sieht sich mit einer Freiheit ungewohnter Ausmaßes konfrontiert. Die Überflußgesellschaft nimmt ihm finanzielle Sorgen weitgehend ab. Er kann die Freiheit jedoch nicht nutzen. Sein Wunsch, geführt zu werden, wird nicht erfüllt. Seine Vorrechte verursachen ihm Schuldgefühle. Bei unbegrenzten Möglichkeiten weigert er sich, eine Wahl zu treffen: In einer Welt, in der alles möglich ist, erscheint ihm kein Ziel wirklich wichtig.

Die Therapie wird durch Apathie und durch eine rigide Identifikation mit Gruppenwerten, die einem therapeutischen Wandel entgegenstehen, erschwert. Der entfremdete Student weiß, daß es vor allem seine Untätigkeit ist, die ihm Macht über seine Eltern verleiht, vergleichbar einem Patienten, der aufgefordert wird, Wut zum Ausdruck zu bringen. Er ärgert den Therapeuten, indem er schweigt und apathisch bleibt.

Der Autor empfiehlt, der Therapeut sollte nicht wie in der analytischen Therapie eine weiße Leinwand sein. Er sollte es dem Patienten ermöglichen, daß er seine Glaubens- und Wertvorstellungen kennenlernt. Der Patient lernt dabei einen Erwachsenen kennen, der offen und ehrlich zu ihm ist. Hauptschwierigkeiten des Therapeuten sind seine Ungeduld und seine Gegenübertragungsreaktionen, insbesondere sein Neid und seine Wut auf eine im

Überfluß lebende Gruppe, die kaum Verantwortung kennt, aber mehr Vergnügungen erlebt als der Therapeut je gehabt hat. – Gruppentherapie ist sehr nützlich. Die Auseinandersetzungen mit dem erwachsenen Therapeuten treten hier in den Hintergrund. Die Nichtbeteiligung kann nicht mehr als Abwehrmethode beibehalten werden. Eine wesentliche vorbeugende Maßnahme sieht der Autor darin, daß man mehr Erwachsene in das Leben des Studenten bringt. Früher waren es die Mitglieder des Lehrkörpers, die heute mit anderen Aufgaben ausgefüllt sind. Sie sind nicht als Führer einer Gemeinschaft geeignet. Man hat versucht, die Lücke mit Psychiatern zu füllen, aber der Psychiater ist ein armseliger Ersatz für einen interessierten und hingebungsvollen Lehrer. Der Psychiater sollte immer wieder aufmerksam machen auf die Konsequenzen, die sich aus der Entfremdung des Lehrkörpers von den Studenten ergeben. Vorläufig hat er nur die Psychotherapie. Er sieht sich in der Rolle eines Kriegschirurgen, der die Verletzten behandeln kann, aber nicht die Ursachen maligner sozialer Prozesse.

Es ist zu fragen: Entspricht die Gegenüberstellung von Studenten und „Erwachsenen“ der Wirklichkeit? Sind Studenten nicht „unterprivilegierte Erwachsene“ (Goldschmidt)? Ist ein Arbeitsbündnis möglich, wenn sich der Therapeut weitgehend mit Eltern und Gesellschaft, d. h. der ängstlich-konformistischen Mittelklasse identifiziert? Wird der Therapeut Anpassung an die gegebenen Verhältnisse ohne weiteres als Zeichen von Gesundheit werten können? Ist überhaupt eine Störung befriedigend individuell zu therapieren, bei der weitreichende gesellschaftliche Konflikte, im Rahmen eines tiefgreifenden sozialen Wandels, eine derart große Rolle spielen?

Nicholi befaßt sich mit den Studenten, die an der Universität Harvard das Studium abgebrochen haben („dropouts“). Er unterscheidet psychiatrische dropouts, die vor dem Abbruch einen Psychiater konsultiert hatten, von nicht psychiatrischen. Der Abbruch ist das Resultat eines emotionellen Konflikts. 38 % der Abbrechenden suchten vorher einen Psychiater auf, bei einer Frequenzierung von 10 % der gesamten Studentenschaft. Von den psychiatrischen dropouts kehrte später ein höherer Prozentsatz zur Universität zurück als von den nichtpsychiatrischen. Die psychiatrischen dropouts waren intelligenter als die nichtpsychiatrischen. Je höher die Intelligenz, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit eines Abbruchs aus psychiatrischen Gründen. Dieses Ergebnis steht in eindeutigem Gegensatz zu dem verbreiteten Vorurteil, daß das Durchhalten auf dem College mit intellektuellen Fähigkeiten korreliert. Es wurden folgende Diagnosen gestellt: 7 % Psychosen, 35 % Neurosen, 22 % Charakterstörungen und 23 % vorübergehende situationsabhängige Persönlichkeitsstörungen. Die weitaus am meisten gestellte Unterdiagnose war die der depressiven Reaktion. Das depressive Moment spielt auch bei den anderen Untergruppen eine Rolle. In der Regel ist die Depression primär, das Versagen im Studium und der Abbruch sekundär. Die Depression rührt weniger von einem Objektverlust her als von der „Diskrepanz zwischen dem aktuellen Zustand des Selbst einerseits und dem idealen Zustand des Wohlbefindens andererseits“ (Anna Freud). Der Student, der sich bisher für einzigartig begabt hielt, sieht sich unter Tausenden von Gleichbegabten in einer scharfen Konkurrenz, die narzißtische Bestätigung, die zu Hause erlebt wurde, wird vermißt.

Solomon et alii berichten von der Einrichtung eines Mental-Health-Zentrums in Boston, das von 50 Colleges (mit über 100 000 Studenten bzw. Lehrpersonen) gemeinschaftlich unterhalten wird. Der Einrichtung war eine soziologische Untersuchung vorhergegangen, die eine unbefriedigende Kommunikation zwischen den Psychiatern und der Umgebung des Patienten aufgedeckt hatte. Das an manchen Colleges übliche Verfahren hatte viele Studenten davon abgeschreckt, Hilfe zu suchen. Der Druck unpersönlicher akademischer Anforderungen und die Überbewertung der Erfolge erwecken bei vielen Studenten den Eindruck, daß sie nicht wie andere Menschen anerkannt werden. Ratgeber, die gleichzeitig beurteilen und führen sollen, haben Schwierigkeiten, ihre divergierenden Rollen auf einen Nenner zu bringen. Es kommt zu Loyalitätskonflikten. Der Berater sollte außerhalb des Systems bzw. der Institution stehen, die er berät. Wäre er ein Teil davon, würde er die Werte und Tabus des Systems übernehmen. Er würde von Vorgesetzten nach einem allen Gliedern des Systems bekannten Tarif entlohnt werden. Er hätte keinen Einfluß auf eine Änderung des Systems.

Das Zentrum bietet außer Psychoanalyse und stationärer Behandlung alle üblichen Leistungen an. Der Kern der Organisation ist ein Netzwerk von beratenden Psychiatern mit einer Zentrale im Herzen Bostons. Es finden regelmäßig Treffen mit Fakultätsvorständen, Beratern, Leitern von Wohnheimen, College-Ärzten u. a. statt. Eine relative Anonymität wird dem Ratsuchenden zugesichert. Das Zentrum sieht seine Aufgabe in der Betreuung einer definierten, relativ autonomen „Subcommunity“, die sich in einer kritischen Übergangsphase, zwischen der Abhängigkeit von der Familie und der unabhängigen Teilnahme an der Gesellschaft als verantwortliche Bürger, befindet.

Reifler et alii geben eine 10-Jahres-Übersicht über die Tätigkeit des Gesundheitsdienstes für Studenten an der Staatsuniversität von Nord-Carolina. Der Gesundheitsdienst ist ein Teil der Medical School, untersteht also der Universitätsadministration. Der Dienst befaßt sich nicht nur mit der Beratung und Behandlung der Studenten, sondern auch mit der Beurteilung und dem „Durchleuchten“ (screening) von Studienbewerbern mit einer psychiatrischen Vorgeschichte oder anderen Auffälligkeiten (high-risk-groups). Es sind also weder die Anonymität des Ratsuchenden noch die Unabhängigkeit des Beraters (siehe Beispiel Boston) gewährleistet. An dieser Universität müssen alle männlichen Studenten im ersten Studienjahr und alle weiblichen nichtgraduierten Studenten in Heimen wohnen, die von der Universität kontrolliert werden. Die Autoren versprechen sich von dieser Einrichtung einen wirksamen „Schutz“ gegen seelische Störungen.

Weitere Arbeiten befassen sich mit zwei Abasie-Astasie-Fällen bei West-Point-Kadetten, mit psychiatrischen Komplikationen nach Genuß von Marihuana. Der letzte Bericht handelt von der Untersuchung von Bananenschalen auf halluzinogene Substanzen, die ergebnislos verlief: „Das aktive Ingredienz im Bananadin ist die Suggestibilität des Benutzers“.

In den Archives of Gen. Psychiatry (Juli 1966) berichten Kiersch und Nikelly über Studienverläufe bei schizophrenen Studenten. Die schizophrenen Studenten brachen dreimal so häufig das Studium ab wie die Kontrollgruppe (organisch Kranke). Einige verließen ein zweites Mal das College. Zum Abschluß

des Studiums kamen doppelt so viel nichtpsychotische wie psychische Studenten. Fast die Hälfte der Studenten konnte das Studium nicht fortsetzen, nachdem sie in Behandlung gekommen waren. 42% setzten es erst ein Jahr nach Behandlung fort. Relativ wenig psychotische Studenten konnten sich ein Jahr nach Diagnosestellung auf dem College halten, dreimal weniger als die Kontrollfälle. Vor und nach den Krankheitsschüben zeigten sie signifikant geringere Leistungen als die Kontrollgruppe, die Leistungen waren weit gestreut, sehr gut bis sehr schlecht. Die schizophrene Gruppe schloß eine unverhältnismäßig hohe Zahl von graduierten Studenten ein, was die Vermutung nahelegt, daß diese Schwierigkeiten in der Anpassung an die Gesellschaft hatten und deswegen in das sicher erscheinende akademische Milieu zurückkehrten.

Gerhard Hoffmann
(Psychotherapeutische Beratungsstelle des AStA
der Freien Universität, Berlin)

Die Psychohygienische Beratungsstelle an der Universität München

1. Organisation

Die Beratungsstelle besteht seit 1. 11. 1967. Sie wurde als eine Selbsthilfe-Organisation des AStA geschaffen, da die universitätseigene Administration völlig versagt hatte. Sie wird von Dr. med. Martin Kahleyß, einem freipraktizierenden Nervenarzt und Psychotherapeuten, geleitet. Es werden wöchentlich 6 Beratungsstunden abgehalten. Pro Beratungsfall stehen ein oder zwei Beratungsstunden zur Verfügung. Die Beratung ist kostenlos. Der Anspruch, der an eine solche Stunde oder Doppelstunde gestellt wird, ist dreifacher Art: psychiatrisch-diagnostisch, individuell-beratend und psychotherapeutisch-konstellierend. Das Ergebnis einer solchen Stunde ist meistens das, daß dem Studierenden eine psychotherapeutisch-psychoanalytische Behandlung nahegelegt wird. Aus finanziellen Gründen kommt diese in der Regel nicht zustande oder muß auf eine unbestimmte Zeit verschoben werden. Die Diagnostik erfolgt nach allgemeinen neurosentheoretischen Gesichtspunkten. Der Leiter der Beratungsstelle hatte eine Zeit lang in der psychiatrischen Ambulanz der Nervenklinik der Universität München gearbeitet. Ein orientierender Vergleich in diagnostischer Hinsicht kann dahingehend gezogen werden, daß es sich bei den Studierenden, welche die Beratungsstelle aufsuchen, um relativ schwere Neurosen handelt. Einer der Hauptgründe dürfte sein, daß es an Instanzen fehlt, wo die Neurose als Neurose evident werden kann. Der universitätseigenen Administration ist es offensichtlich lieber, anzunehmen, daß die Studierenden dumm und unfähig sind, als von der Tatsache Kenntnis zu nehmen, daß viele ganz einfach krank sind. Zu Zwecken der Dokumentation wird von jedem Beratungsfall ein maschinengeschriebenes Protokoll angelegt. Da diese Form der Protokollierung ein ziemlich aufwendiges Verfahren ist, wurde mit Beginn des SS 1969 die Objektivierung der biographischen Daten per Fragebogen eingeführt. Der Fragebogen wurde auf Grund der vorhergehenden Erfahrungen vom Leiter der Beratungsstelle ausgearbeitet.

2. Dokumentation

Vom 1. 11. 1967 bis 31. 10. 1968 wurden in 162 Beratungsstunden 117 Studierende untersucht. Diese Zeit umfaßt das WS 67/68 und das SS 1968. Um einen Überblick über die Art der Tätigkeit zu vermitteln, soll eine ausführliche Darstellung dieser Fälle versucht werden. Im entsprechenden Zeitabschnitt waren 22 495 (= U) Studierende immatrikuliert. Die Beratungsstelle wurde demnach von 0,465% der Studierenden frequentiert. Es folgt eine tabellarische Übersicht:

| | | | |
|--------------------|-----|-------|---------|
| Zahl der Patienten | 117 | (= A) | |
| männlich | 79 | (67%) | |
| weiblich | 38 | (33%) | U = 28% |

(Soweit nicht anders vermerkt, beziehen sich die angegebenen Prozentzahlen auf die Gesamtzahl der untersuchten Fälle (= A).)

Inkomplette Familie bei Vollendung des 21. Lebensjahres (Ehe der Eltern geschieden oder ein Elternteil gestorben)

40 (34%)

Spontane Angaben über Lern-, Arbeits-, und Konzentrationsstörungen

63 (54%)

Familienstand

ledig

111 (95%)

verheiratet

5

geschieden

1

(zusammen 5%)

Staatsangehörigkeit

deutsch

106 (90%)

nicht deutsch

11 (10%)

U = 7,4%

Ausbildungsstätten

Universität

104

andere Hochschulen (TH, Kunstakademie, Musikhochschule, PH)

13

Lebensalter

18.-24. Lebensjahr

71 (61%)

25.-37. Lebensjahr

46 (= B) (39%)

 männlich

30 (65,2% von B)

 weiblich

16 (34,8% von B)

Studiensemester

1. und 2. Semester

14 (12%)

3. bis 9. Semester

74 (63%)

10. bis 20. Semester

29 (= C) (25%)

Bemerkung: 37. Lebensjahr und 20. Semester beziehen sich auf die vorgefundenen Höchstziffern

Aufgliederung nach Fakultäten (der Universität)

| | | % von A | % von U |
|---|----------------|---------------|---------|
| Philosophische Fakultät | 43 (= D) | 37,0 | 29,0 |
| männlich | 19 (44% von D) | | 52,0 |
| weiblich | 24 (56% von D) | | 48,0 |
| Staatswirtschaftliche Fakultät | 16 | 13,7 | 18,0 |
| Juristische Fakultät | 15 | 12,8 | 16,6 |
| Naturwissenschaftliche Fakultät | 14 | 12,0 | 13,5 |
| Medizinische Fakultät | 12 | 10,3 | 15,6 |
| Katholisch-theologische und katholisch-theologisch/ philosophische Fakultät | 4 | 3,4 | 2,0 |
| Veterinärmedizinische Fakultät | 0 | 0 | 4,7 |
| Pharmazeutische Fakultät | 0 | 0 | 2,2 |
| Evangelisch-theologische Fakultät | 0 | 0 | 0,13 |
| | | Gesamt: 100 % | |

Aufgliederung nach Diagnosen

| | | |
|---|----|---------------|
| Kombinierte neurotische Syndrome mit erheblichen vegetativen Begleiterscheinungen | 42 | (35,9%) |
| Schizoide und depressive Neurosen | 34 | (29,0%) |
| Sexualneurosen (Homosexualität, Impotenz, Frigidität) | 17 | (14,5%) |
| Borderline-Fälle | 11 | (9,5%) |
| Neurosen, bei denen die neurotische Störung des Partners überwiegt | 5 | (4,2%) |
| Anankastische Neurosen | 4 | (3,4%) |
| Psychosomatische Erkrankungen (Stottern, Magenulkus, Schreibkrampf) | 3 | (2,6%) |
| Psychosen (Schizophrenie) | 1 | (0,8%) |
| | | Gesamt: 100 % |

Gruppe der Langstudierer

| | | |
|---|----------|---------------|
| 10. bis 20. Semester | 29 (= C) | (25%) |
| männlich | 22 | (75,8% von C) |
| weiblich | 7 | (24,2% von C) |
| inkomplette Familie | 11 | (37,9% von C) |
| Spontane Angaben über Lern-, Arbeits- und Konzentrationsstörungen | 16 | (55,1% von C) |
| Philosophische Fakultät | 14 (= D) | (48% von C) |
| männlich | 8 | (57% von D) |
| weiblich | 6 | (43% von D) |
| Staatswirtschaftliche Fakultät | 5 | (17,2% von C) |
| Naturwissenschaftliche Fakultät | 5 | (17,2% von C) |

3. Spezielle Interpretation

Ein Drittel der Fälle stammt aus einer inkompletten Familie. Zwei Fünftel sind älter als 24 Jahre. Der Anteil der Langstudierer beträgt 25%. Während alle anderen Fakultäten in bezug auf die Gesamtzahl der Studierenden schwächer vertreten sind, ist die Philosophische Fakultät überrepräsentiert. Etwas mehr als die Hälfte berichtet spontan über Leistungs-(Lern-, Arbeits- und Konzentrations-)störungen. Bei ihnen kann man sagen, daß Gefühle der geistigen Leistungsinsuffizienz einen wesentlichen Anlaß abgegeben haben, die Beratungsstelle aufzusuchen. In engem Zusammenhang mit anderen Symptomen bestanden Leistungsstörungen bei über 90% der Beratungsfälle. Besondere Aufmerksamkeit wurde den Langstudierern gewidmet. Mit den Langstudierern nicht identisch sind die Studierenden der höheren Altersgruppen. Letztere sind zwar sehr hoch repräsentiert. Wegen der merklichen Inhomogenität gerade dieser Patientengruppe wurde eine schlußfolgernde Auswertung jedoch unterlassen. Fast die Hälfte der Langstudierer stellt die Philosophische Fakultät. Man kann sagen, daß ihr Anteil mit steigenden Semestern verhältnismäßig zunimmt. Sie wird gefolgt von der Naturwissenschaftlichen und der Staatswirtschaftlichen Fakultät. Dabei nimmt der Anteil der weiblichen Studierenden mit ansteigenden Semestern wieder ab. Die Häufigkeit der spontan vorgebrachten Leistungsstörungen mit etwas über 50% stimmt mit der Gesamtzahl der Fälle überein, die über dieses Symptom berichten. Auf Grund von Leistungsstörungen sehen sich die Langstudierer also nicht eher veranlaßt eine Beratungsstelle aufzusuchen als die Gesamtzahl der Studierenden.

4. Allgemeine Interpretation

Es hat nicht an Versuchen gefehlt, die Studierenden in ihrer Gesamtheit auf einen soziologisch definierbaren Nenner zu bringen. Von dem hier vertretenen psychodynamischen Ansatz her ergeben sich solche Möglichkeiten zur Typisierung nicht. Ein Grund für die somit angenommene Inhomogenität der Studierenden ist die Unterschiedlichkeit ihres sozialen Ichs. (In der psychoanalytischen Terminologie wäre das soziale Ich weitgehend als ein Strukturanteil des Über-Ichs zu bezeichnen.) Hier mögen lediglich drei Determinanten erwähnt werden. Da ist einmal der Beruf des Vaters. Es ist wichtig, ob der Vater einen Beruf ausübt, zu dessen Erlangen der Besuch der Volksschule genügt. Genauso wichtig ist es, ob der Vater der Ansicht ist, daß zur Ausübung eines „anständigen“ Berufes ein Hochschulstudium, egal ob er es nun absolviert hat oder nicht, unabdingbar ist. Des weiteren ist das familienspezifische Bezugsfeld zu erwägen, wie es durch die Mutter und das Vorhandensein von Geschwistern dargestellt wird. Wenn der Studierende das Einzelkind einer unverheirateten Mutter oder Kriegswaise ist, so liegen die Dinge wieder anders. Schließlich sind die gesellschaftspolitischen Identifikationen zu berücksichtigen, denen der Betreffende unterliegt, und zwar unabhängig vom Grad ihrer aktiven Artikulation. Insbesondere das Sexualleben scheint geprägt von einem Weltbild inhärent konservativer, liberaler, antiautoritärer oder anarchistischer Leitbilder. Im einzelnen Beratungsfall sieht sich der Untersucher also einer Fülle von Implikationen konfrontiert, die er in das Feld seiner Wahrnehmung einbeziehen muß, wenn er den Betroffenen verstehen will. Es sei hier ausdrücklich hervorgehoben, daß

dies nach Meinung der Verfasser für den psychopathologischen Fall nicht weniger gilt als für den „Normalfall“.

Der Verschiedenartigkeit des Sozial-Ichs wird also eine prononcierte Aufmerksamkeit gewidmet. Daneben kann auch eine Gemeinsamkeit festgestellt werden. Sie besteht abstrakt formuliert darin, daß zum Zwecke des Erfolgs sich die Studierenden institutionellen Zwängen unterwerfen, die außerhalb der Hochschule in dieser Form nicht anzutreffen sind. Dadurch kommt es zur Auslösung eines psychopathologischen Syndroms, welches für Studierende typisch ist, nämlich der Lern-Arbeits-Konzentrationsstörung (Leistungsstörung). Bei der Betrachtung dieses Syndroms wird die Universität als Problemdonator, der Studierende als Problemakzeptor gesehen. Unter Voraussetzung dieser Verhältnisse kann weder angenommen werden, daß diejenigen, die Leistungsstörungen haben, die einzigen sind, die durch die Struktur der Universität tangiert sind, noch kann angenommen werden, daß sie die einzigen sind, bei denen die persönlich bestehende Problemlage gerade in Form der Leistungsstörungen manifest wird. Dies will besagen, daß zwischen Anforderung und Erwidern von Hochschulleistungen sich jeder Studierende anders verhalten kann. Die Verfasser möchten keinen Zweifel lassen, daß die hier mitgeteilten Beratungsfälle psychisch krank sind. Gleichzeitig soll jedoch dargetan werden, daß die solcherart Leistungsgestörten von der Universität in diese Lage gebracht worden sind. Angenommen, man sieht in der Art, wie das Wissensmaterial vermittelt wird, einen Akt der Dressur, so wäre zu untersuchen, welche identifikatorischen Techniken aktiviert werden müssen, um vor diesem Dressurakt zu bestehen. Dies kann man auch so ausdrücken, daß die Evozierung von mehr oder minder pathologischen Identifikationen unerlässlich ist, um vor der intellektuellen Dekompensation zu bewahren. Daß dies alles zu Lasten der eigentlichen kognitiven Funktionen geht, braucht wohl nicht extra betont zu werden. Eine gegensätzliche Gruppe zu den Leistungsgestörten würde durch ihr demonstratives Einverständnis mit dem bestehenden Vermittlungssystem an der Hochschule charakterisiert sein. Mit anderen Worten würde das heißen, daß diese Gruppe gewissermaßen opportunistisch angepaßt ist. Diese Überlegungen mögen deutlich machen, daß es sich bei den Leistungsstörungen um eine neurotische Manifestation handelt, der nicht gerecht zu werden ist, wenn ihre Auslösung nicht in dem Spektrum aller denkbaren Wechselwirkungen in Verbindung mit der Universität gesehen wird.

The Psychohygienic Advice Center at the University of Munich

The advice center is directed by the psychiatrist and psychotherapist, Dr. med. Martin Kahleyss, who is practising in private office. During one week six consulting hours are carried out. Each case is registered. Beside diagnostic functions the main task is seen in setting an indication for psychoanalytic treatment.

The material taken as a basis for this report relates to 117 cases in a period of one year, that is from 1. 11. 1967 to 1. 11. 1968. Following facts have resulted by evaluation:

One third of the cases, having reached full age, come from an incomplete family. Two fifths are older than 24. The portion of the long term-students amounts

25% (10 terms and more). While all the other faculties are weaker represented in relation to the total number of students, the philosophic faculty is over-represented. A little more than the half suffer from disorders in efficiency (disorders in studying, working and concentrating). It may be said about them that feelings of mental insufficiency have given them reason for seeing the advice center. Almost half of the long term-students is supplied by the philosophic faculty. There are hints that their portion increases with rising terms. It is followed by the faculty of science and of political economy. The percentage of the feminine students decreases with rising terms. The percentage of disorders in efficiency, spontaneously brought forward, corresponds with the total number of cases. Because of the disorders in efficiency, long term-students do not see themselves caused to see the advice center earlier than the total number of students.

Interpreting neurotic disorders, it is being proceeded from the fact, that with students it is not a matter of an homogeneous group. Thus the assumption is advocated that the actual social status is not so effective in order to define from this an uniform group. Corresponding features merely exist by the fact that the students submit – for reason of success – to the institutional standards as they exist at the university.

It is referred to the different social-ego of the students. Social-ego is used in a definition, largely congruent with the super-ego of the psychoanalytic usage. Many patients have grown up without a father, for he died during the war. They were exposed to the dominating ethical conceptions, especially in sexual regard, much more relentlessly than those, whose parents had won an appreciated position in post-war society. The estimation of the father's profession was regarded as important.

Reflexions have been made, which students are most easily disposed to disorders in efficiency. Concerning this, it has been found out that those, who suffer from disorders in efficiency, do not represent the only group of students, concerned with problems of the university. Further on, that disorders in efficiency are not the only answer of the students to troubles caused by the university. The degree of adjustment to the actual conditions at the university seems to be competent. It is proposed to examine the processes of identification, on which this adjustment depends on. The hypothesis is made that certain (pathological) identifications should prevent from manifesting latent disorders in mental efficiency.

Achim Jaudas,
Martin Kahleyss (München)

Referatenteil / Reviews

Einführung in die Technik der Kinderanalyse von Anna Freud

Von Anna Freud. Ernst Reinhardt-Verlag, München-Basel. Beiträge zur Kinderpsychotherapie, herausgegeben von Gerd Biermann und Horst-Eberhard Richter. Band I, 1966

Ich habe die erste Ausgabe der vier Vorträge Anna Freuds, welche im Jahre 1927 veröffentlicht wurden, vor mir. Ich habe dieses Büchlein noch 1938 aus Österreich mit-

genommen und es ist ein fester Bestandteil meiner Bibliothek geworden. Damals sah es so aus, als ob die Bücher der Psychoanalytiker wie ihre Verfasser auf Ewigkeit ins Exil gehen müßten, um nicht verbrannt zu werden. Ich erlebe es daher mit großer Genugtuung und mit sentimentaler Freude, daß ich nun ein neues Büchlein vor mir habe, das fast 40 Jahre später in Deutschland herausgekommen ist. Ich spreche von der vierten Ausgabe des Buches von Anna Freud, und ich beschreibe mein inneres Erlebnis, wenn ich wieder einmal ihre Ausführungen in deutscher und nicht in englischer Sprache lese. Während der Lektüre dieses Buches erinnere ich mich auch, daß die erste Übersetzung dieses Werkes von Anna Freud erst 1946 in England herauskam. Sie schrieb damals in ihrem Vorwort, daß es nicht ihr Fehler gewesen sei, daß der englische Leser dieses Buch so spät in seine Hände bekam, während die Amerikaner das Buch schon viel früher lesen konnten. In England war damals noch ein heftiger Streit innerhalb des Kreises der Psychoanalytiker, zwischen den Anhängern Melanie Kleins und den Anhängern Anna Freuds im Gange. In diesem Vorwort wird berichtet, daß die Ansichten Anna Freuds stark kritisiert wurden und daß die „Einführung in die Technik der Kinderanalyse“ von der Internationalen Psychoanalytischen Bibliothek nicht zur Veröffentlichung angenommen wurde und daher in England nicht erscheinen konnte. Das alles muß gesagt werden, um den historischen Rang dieses Buches dem jüngeren Leser klarzumachen. Mittlerweile sind diese Kämpfe, diese sozialen, kulturgeschichtlichen und wissenschaftlichen Auseinandersetzungen zum Teil zu einem Ende gekommen, und das Werk Anna Freuds ist heute ein gesicherter Grundbaustein der Psychoanalyse und der dynamischen Psychiatrie.

Natürlich hat sich innerhalb dieser 40 Jahre vieles geändert und Anna Freud hat selbst zu diesen Veränderungen beigetragen. Ich erwähne zum Beispiel das epochemachende Werk von 1936, „Das Ich und die Abwehrmechanismen“, und natürlich auch ihr letztes großes Werk über Normalität und Pathologie in der Kindheit (*Normality and Pathology in Childhood*). Trotzdem muß man sagen, daß diese erste Arbeit über Kinderanalyse noch immer eine revolutionäre Tat darstellt und noch genau wie vor 40 Jahren als grundlegender Text nützlich ist. In ihrem Buch beschäftigt sie sich mit der Art, wie man Eltern und Kind für die Analyse vorbereitet. Sie beschreibt die technischen Mittel der Analyse und bespricht die Rolle der Übertragung und auch das Verhältnis der Kinderanalyse zur Erziehung. Schließlich äußert sie sich über gewisse theoretische Annahmen. Wenn man die letzten Arbeiten von Anna Freud gelesen hat, weiß man natürlich, daß sich vieles geändert hat. Sie würde heute wahrscheinlich eine andere Stellung zur Frage der Übertragung einnehmen und nicht mehr ausschließen, daß es gewisse Anteile in der Kinderanalyse gibt, die man als Übertragungsneurose beschreiben könnte. 1927 sprach sie nur von Übertragungsreaktionen, während die Schule Melanie Kleins annahm, daß sogar das ganz kleine Kind in der Analyse eine Übertragungsneurose entwickelt. Diese theoretischen Unterscheidungen sind natürlich äußerst wichtig in Hinsicht auf die technischen Mittel, die verwendet werden. In den ersten Jahren ist die analytische Technik mit pädagogischen Interessen verschmolzen worden; man muß zum Beispiel nur das Ende des Büchleins lesen, wenn Anna Freud bemerkt, daß während der Analyse den Erziehern des Kindes die Arbeit aus der Hand genommen werden müßte, und daß der Kinderanalytiker sehr oft die erzieherische Arbeit selbst verrichten muß. Ich bin überzeugt, daß Anna Freud heute diese Ansicht zu einem großen Teil modifizieren würde. Besonders wichtig erscheint mir, daß sie sich in späteren Arbeiten, zum Beispiel aus dem Jahre 1946, bemüht, die Indikationsstellung für die Kinderanalyse auf eine bessere Grundlage zu bringen. In der Zwischenzeit hat sie viel dazu beigetragen, die Diagnostik zu verbessern und Normalität und Pathologie derart zu beurteilen, daß man zu den Fragen der Entwicklung und der Reifung Stellung nehmen kann und nicht mehr ausschließlich auf diagnostische Methoden angewiesen ist, die nur die Symptome der Kinder betreffen. Auch heute noch stellt sie fest, daß lange und schwierige Studien nötig sind, bis man zu technischen Schlußfolge-

rungen kommt, und daß unser theoretisches und technisches Wissen noch recht gering ist.

Das erste Buch von Anna Freud ist vom selben Geist getragen wie die Bücher, die sie uns später geschenkt hat. Wir finden hier die Vorzüge einer klaren wissenschaftlichen Arbeit und eine bescheidene Einstellung, die dem Schüler und beginnenden Wissenschaftler nur helfen kann. Ich glaube, die neuen jungen Leser in die frühe Arbeit Anna Freuds am besten damit einzuführen, daß ich meine Besprechung mit einem Zitat aus ihrem letzten Werk über Normalität und Pathologie in der Kindheit beschließe. Sie schreibt dort: „Für die Anwendung der Kinderanalyse über das Gebiet der infantilen Neurose hinaus spricht auch noch eine weitere Überlegung. Nur die analytische Methode dient gleichzeitig zwei Zielen: der Therapie und der Forschung. Wo wir auf sie verzichten, verzichten wir auch auf ein weiteres Vordringen in die noch dunklen Gebiete der infantilen Psychopathologie. Es ist nicht unmöglich, daß in der Zukunft unsere diagnostischen Unterscheidungen scharf genug sein werden, um uns zu berechtigen, die Therapie eines Kindes von vornherein auf einen einzigen Heilungsfaktor einzuschränken. Der jetzige Stand unserer Kenntnisse gibt uns noch kein Recht zu solcher Sicherheit. Ehe wir mehr wissen, tun wir besser daran, mit einer Methode zu arbeiten, die den Therapeuten zu neuen Einsichten führt und dem Kind erlaubt, seinen eigenen Weg zur Heilung oder Besserung einzuschlagen.“*

Rudolf Ekstein (Los Angeles)

The Overt Homosexual

von Charles W. Socarides, 245 Seiten, New York, Grune & Stratton, Inc. 1968

Dieses ungemein lehrreiche Buch beginnt mit der Feststellung, daß Homosexualität gelerntes Verhalten ist und mit der Widerlegung der veralteten Annahme der Vererbtheit. Es fordert Entschlossenheit und harte Arbeit für beide, Arzt und Kranken dieses pathologische Verhalten zu behandeln, aber es ist wert, die Herausforderung entgegenzunehmen. Eine umfassende Besprechung der Literatur über Homosexualität einschließlich der Beiträge von Freud ist der Hauptinhalt des ersten Abschnitts. Im zweiten Abschnitt werden in Beantwortung der Frage nach der Entstehung der Homosexualität die dafür verantwortlichen „Fixierungspunkte“ in der Kindheit des Kranken aufgezählt. Die größte Rolle spielt die Fixierung an die Mutter mit gleichzeitiger Unzugänglichkeit einer verlässlichen Vaterfigur. Die Folgen sind übermäßige Munderotik, die Phantasie des Gleichnisses von Mutterbrust und Penis und eine Erotisierung der Angst, welche aus den Vor-Ödipus- sowohl als auch den Ödipus-Konflikten stammt. Es ist die Notwendigkeit, diese Angst zu neutralisieren und der unerträglichen Isolierung zu enttinnen, welche den homosexuellen Kontakt unentbehrlich macht. Das Jünglingsalter ist der Angelpunkt, an dem die Behandlung der Homosexualität beginnen soll. Abwesenheit sowohl als spätes Auftreten der Masturbation haben prognostische Bedeutung, und der Inhalt der Masturbationsphantasien ist identisch mit dem Ausmaß der Perversion. Es ist überraschend, wie schnell oft schon im späten Jünglingsalter eine Erstarrung des Charakters ärztliche Behandlung außer Frage stellt. Es ist immer der Fall, wenn der Jüngling sich einem erwachsenen Manne passiv vollständig hingeeben hat, seine Liebesbedürfnisse erfüllt sieht und beinahe mit Stolz verkündet: „Ich weiß, ich bin ein Homosexueller.“ Der zweite Abschnitt endet mit einem Kapitel über die Beziehung der Homosexualität zu andern klinischen Zuständen, besonders Masochismus, zu Paranoia und zur pseudoheterosexuellen ménage à trois, welche mit der paranoiden Eifersucht verwandt ist.

* Zitat aus der von der Autorin selbst hergestellten deutschen Fassung von „Normality and Pathology in Childhood“, welche unter dem Titel „Wege und Irrwege in der Kinderentwicklung“ 1968 im Gemeinschaftsverlag Huber-Klett erschienen ist.

Der dritte Abschnitt enthält Krankengeschichten und Behandlungsnotizen von 6 Fällen aus der Privatpraxis des Autors, drei männlichen und drei weiblichen Homosexuellen. Wir haben Gelegenheit, den graduellen Einfluß der Analyse im Verlaufe von Monaten und Jahren zu verfolgen, wie das Fernhalten von homosexuellen Partnern immer länger wird und der Kranke aufhört, sich masochistisch zu exponieren, wie er schließlich wagt, mit einem Mädchen intim zu werden und dabei die Erfahrung macht, daß es die Gesamtheit ihres Körpers ist, die ihm gefällt, im Gegensatz zum homosexuellen Partner, welcher nur Penis oder Anus bedeutet.

Der vierte Abschnitt befaßt sich mit der Auswahl der Kranken, Veränderungen der Behandlungstechnik und Wendepunkten. Der Kranke muß sich der Behandlung freiwillig unterziehen und sie nicht als Drohung empfinden, daß das einzige sexuelle Vergnügen, dessen er fähig ist, zerstört werden wird. Ein Verbot aktiver homosexueller Betätigung soll deshalb nur dann ausgesprochen werden, wenn der Kranke auf Grund seiner positiven Übertragung sich bereits mit dem Analytiker identifiziert hat. Der Autor zieht nicht in Erwägung, daß eine Lesbierin weniger Widerstand in Behandlung mit einer Ärztin leisten wird, er betont ausdrücklich die Sehnsucht nach dem Vater und die Wichtigkeit einer Vaterfigur in der Analyse. Für den Knaben ist der Vater das Modell männlicher Identifizierung, für das Mädchen ist es des Vaters Liebe, welche zum Modell für heterosexuelle Liebe im erwachsenen Alter wird. Man muß dem Autor gratulieren für die Geduld, mit der er das ungefüge Material gesammelt und geordnet hat, um dem Leser einen klaren Einblick in die Verwirrtheit des homosexuellen Denkens und Fühlens zu gewähren.

Ernest A. Rappaport (Chicago)

Die Prognose funktioneller Syndrome – Ein Beitrag zu ihrer Naturgeschichte

Von J. Cremerius, 134 Seiten. Enke-Verlag, Stuttgart, 1968.

In dieser Pionierarbeit verfolgte Cremerius den sog. „Spontan“-Verlauf (spontan = nicht-fachpsychotherapiert) von 371 Kranken mit „funktionellen Syndromen“ (bzw. „Organ-Neurosen“ bzw. „Vegetativen Dystonien“). Die Ausgangsgruppe bestand aus 3061 Patienten mit funktionellen Beschwerden, welche eine Reihe von Bedingungen erfüllten (z. B. keinen organischen Befund; keine Gutachten- oder Attestwünsche als primäres Konsultationsmotiv; mindestens 2jährige Anamnese; kein Überwiegen psychoneurotischer Beschwerden; keine Haut- oder Urogenital-Lokalisation); dies waren 14% der damaligen 21500 Zugänge der Medizinischen Universitäts-Poliklinik München.

Nach Ausschaltung einiger Diagnosegruppen mit zu kleinen Häufigkeiten (S. 12) und von Patienten, bei welchen aus sozialen oder geographischen Gründen die Wiedereinbestellung nicht aussichtsreich erschien und unter Abzug der postalisch nicht zu ermittelnden oder der Einbestellung nicht Folge Leistenden, wurden 371 Kranke aus 6 Kategorien von funktionellen Syndromen nach 9 bis 11 Jahren Intervall von der Nachuntersuchung erfaßt.

Die Zustände im Katamnesenzeitpunkt wurden sorgfältig aufgeschlüsselt (Tab. 6, S. 65); 45% zeigen weiterhin das ursprüngliche Syndrom, wenn auch z. T. in anderer Intensität oder Akzentuierung; 21% zeigten jetzt eine Psychoneurose statt des ursprünglichen funktionellen Syndroms; bei 11% hat sich eine organische Störung im Bereich des funktionellen Syndroms entwickelt; 8% zeigen eine Spontanheilung und ebensoviel einen Syndromwandel im funktionellen Bereich; ferner finden sich (beides außerhalb des Bereichs des funktionellen Syndroms) bei 5% Psychosomatosen und bei 2% eine organische Krankheit. Sind diese Ergebnisse schon einigermaßen überraschend, weil sie sich klar von der „Drittungs-Regel“ ($\frac{1}{3}$ unverändert bis verschlechtert, $\frac{1}{3}$ gebessert, $\frac{1}{3}$ geheilt) unterscheiden; so wird der große Wert dieser Untersuchung noch klarer, wenn die Verteilungen innerhalb der 6 unterscheidbaren funktionellen Syndrome be-

trachtet wird. So zeigt sich (S. 124) die Syndrompersistenz signifikant häufiger beim funktionellen Magensyndrom (70%) und signifikant seltener beim funktionellen Atmungs- (14%) und beim Kopfschmerz-Syndrom (23%). Übergang in eine Psychose (unter Verschwinden des ursprünglichen funktionellen Syndroms) zeigt sich signifikant häufiger beim funktionellen Atmungssyndrom (36%) und beim Kopfschmerzsyndrom (53%) und seltener beim Magen- (0%) und beim diffus wechselnden funktionellen Syndrom (10%). Der Übergang in organische Krankheit im Bereich des funktionellen Syndroms dominiert signifikant beim Magensyndrom (26% röntgenologisch nachgewiesene Ulcera) sowie beim Atmungssyndrom (20% Bronchitiden); er fehlt dagegen beim Kopfschmerzsyndrom (0%). Spontanheilungen i. e. S. finden sich gehäuft beim Atmungs- (25%) und signifikant selten beim Kopfschmerz-Syndrom (0%).

Das sind nur einige der hochinteressanten Ergebnisse dieser Studie; für die Daten über Sozialstatus, Verlaufsformen, Prognostik und für die Überlegungen zur Neurosen-theorie sei auf die Lektüre der Original-Arbeit verwiesen.

Insgesamt liegt die große Bedeutung dieser Arbeit, welche – erstmalig im deutschsprachigen Bereich – von der internistischen Ambulanz ausgeht, darin, daß von einigen Hauptbildern funktioneller Störungen die Langzeitprognose untersucht und zu ihrer Erfassung operational klare Begriffe geschaffen wurden. Damit hat Cremerius eine Lücke der Grundlagenforschung der Neurosenlehre zu schließen begonnen, und jeder, der sich praktisch und/oder theoretisch für dieses Gebiet interessiert, muß diese Befunde zur Kenntnis nehmen.

A. E. Meyer (Hamburg)

Psychoanalyse der frühen Lebensjahre

Von Alice Bálint. 129 Seiten. Ernst Reinhardt Verlag, München/Basel, 1966.

Obwohl bedeutsame Erkenntnisse der modernen Entwicklungs-, Verhaltens- und Sozialpsychologie aus den letzten 3 Jahrzehnten unberücksichtigt bleiben, ist die von G. Biermann und H.-E. Richter betreute Neuauflage des erstmals 1931 erschienenen Buches von A. Bálint dennoch sehr zu begrüßen. Jeder, der mit dem Problemkreis der Kindererziehung zu tun hat – seien es Eltern, Psychologen, Pädagogen, Kinderärzte oder Therapeuten –, sollte dieses als „orientierende Arbeit“ bezeichnete Werk studieren, zumal es wegen der klaren Sprache und der eindrucksvollen Beispiele wirklich spannend zu lesen ist.

Auf der Basis der Freudschen Konzeption sucht A. Bálint in 4 Kapiteln Verständnis für Fixpunkte der kindlichen Entwicklung zu wecken, Fixpunkte, die in der „akademischen“ Entwicklungspsychologie zumeist gar nicht oder nur nebensächlich und mißverstanden abgehandelt werden: Die Erziehung der Triebe, der Ödipuskomplex, der Kastrationskomplex und – wie es uns scheint, als wertvollster Teil der Arbeit – die Identifizierung. Aber in allen diesen Bereichen geht es der Verf. nicht so sehr um ein Erlernen neuer Tatsachen, sondern um ein Wiederwissen von etwas Vergessenem. „Die Voraussetzung für eine verständnisvolle Erziehung ist im Grunde nichts anderes als die Erinnerung an das, was wir alle als Kinder gewußt haben.“ Es wäre wirklich zu wünschen, daß die Erkenntnisse der Psychoanalyse der frühen Lebensjahre mehr und mehr Allgemeingut würden, um „die geradezu schwüle Atmosphäre in unseren Kinderzimmern“ aufzufrischen und dadurch wirkliche Psychohygiene zu betreiben.

Berta Margret Haub (München)

Die Trennung der Liebenden. Eine Phänomenologie des Todes.

Von Igor A. Caruso. 316 Seiten. Verlag Hans Huber, Stuttgart und Bern, 1968.

Von dem Titel des Buches und dem Bild auf dem Umschlag angezogen, entwickelt sich zwischen dem aufmerksamen Leser, dem Autor und seinen Mitarbeitern eine eigen-

artige Dynamik. Sie ist zu vergleichen mit den psychologischen Vorgängen in einer therapeutischen Gruppe und mit den Wechselwirkungen in einem wissenschaftlichen Seminar, wie sie sich Professoren und Studenten wünschen mögen. Der Autor hofft, daß es dem Leser gelingt, „durch die vorgetragenen Hypothesen immer noch einen Leitfaden zu verfolgen, falls diese Verfolgung nicht allzusehr durch einen affektiven Widerstand erschwert werden sollte“.

Sorgfältig wird zunächst die Abgrenzung des Themas vorgenommen und versichert, daß im Zusammenhang mit der Utopie der Todesabschaffung die Analyse dieses Buches nicht mit einem „solch schwierigen und schockierenden Fragenkomplex belastet werden soll“. Er meint vielmehr: die Trennung als Einbruch des psychischen Todes in das Leben, die Trennung unter noch Lebenden; aber nicht das langsame Auseinanderleben, das wie ein Siechtum ist, sondern den schmerzvollen, abortiven Prozeß, das Leben erst n a c h der verzweifelt vollzogenen Trennung, die Trauer n a c h einer mißlungenen Liebe, die eine „erzwungene Trennung“ brachte. „Es handelt sich in unserer Untersuchung zwar um angeblich ‚unmögliche‘ Lieben, aber dennoch um solche, die eine realistische und aktive Erfüllung erfahren haben und dann an einem System von Überzeugungen und Konventionen zerbrochen sind“ (S. 19).

Die Kasuistik, eine Auswahl von 46 Fällen, bringt konkrete Ereignisse, die schlaglichtartig erhellt werden. Sie geben Anlaß zu Fragen aus den verschiedensten Wissensbereichen. Als Analytiker orientiert sich Caruso an Freud, zitiert ihn häufig und aktiviert die Theorie vom Todestrieb. Es dürfte das Hauptanliegen Carusos sein, die dialektischen Wechselbeziehungen zwischen Libido und Todestrieb aufzuzeigen, und wie Thanatos im unterdrückenden Charakter unserer Kultur wirkt. Es ergeben sich interessante Aspekte, wie der einzelne unter dem Druck des gesellschaftlichen „Leistungsprinzips“ (Marcuse) einen verzweifelten Versuch unternimmt, einen „Heilungsversuch“, durch „asoziale“ Bindungen (im Gegensatz zur institutionellen Einhe) jene Atmosphäre der Freiheit, des Nicht-von-außen-her-verpflichtet-seins zu erreichen.

Das Schicksal der mißlungenen Heilung und die Frage: Gibt es überhaupt eine Heilung? beschäftigen im weiteren Verlauf den Analytiker und Kulturkritiker, der sich mit bedeutenden modernen Systemen befaßt. Teilhard de Chardin wird mit graphischen Kurven erläutert. Seine Hypothesen führen eine neue Dialektik in das Freudsche Weltbild ein. Bei aller komplexen Wissenschaftlichkeit des Buches – auch ein umfangreiches Namens- und Sachregister beweist es –, kommen ganz einfache Passagen vor, die den Leser unmittelbar ansprechen, wie z. B. folgende: „Es ist überhaupt wahrscheinlich, daß die ganze Kasuistik der Trennung Liebender eine Vorwegnahme der geahnten und gefürchteten langsamen Trennung durch das Sterben der Liebe ist. Die Liebe ist nicht so sehr durch Gewöhnung und Alter gefährdet, als daß sie vielmehr durch die egoistische Ängstlichkeit, durch die Vorurteile, durch die von der Gesellschaft ausgehende Aggression, durch den Moralismus geschändet und gemordet wird.“ (S. 213) Das Buch steckt voller Anregungen und Fragen. Ganze Kapitel sind als Frage gemeint: Gibt es überhaupt eine Heilung? Gibt es in der Trennung ein privilegiertes Geschlecht? Es ist wohlthuend, daß bei der Fülle wissenschaftlicher Ansichten über das Phänomen der Trennung Liebender keine abgeschlossene Doktrin vermittelt wird.

Anne Thurn (Berlin)

Die Mental Health Bewegung. Zur Kasuistik und Theorie der sozialen Bewegung.

Von Helga Reimann. 119 Seiten. Mohr (Siebeck), Tübingen, 1967.

Die Verfasserin hat für diese soziologische Dissertation in Europa und den USA Feldforschung betrieben sowie zahlreiche Untersuchungen über die Mental Health Bewegung, als auch aus deren Bereich selbst stammende Literatur hinzugezogen. Sie richtet ihre Aufmerksamkeit besonders auf Prozesse der Zielverschiebung und Institutionalisierung im Zeitablauf.

Der Hauptteil des Buches ist der Konstellations- und Prozeßanalyse der Mental Health Bewegung gewidmet. Reimann beschreibt die gesellschaftliche Situation in den USA zur Zeit der Entstehung, das Leben und Wirken des Gründers Clifford Whittingham Beers (1876–1939) und die Geschichte des Mental Health Movement.

Dieses ist heute vorwiegend in den USA tätig. Über eine Million ehrenamtliche Helfer und Mitglieder sind in 800 örtlichen Vereinen organisiert; sie werden vertreten in einer nationalen (der „National Association for Mental Health“) und einer internationalen Dachorganisation (der „World Federation for Mental Health“), der 149 Mitgliedsorganisationen aus 50 Nationen angehören.

In Deutschland wirkte seit 1925 der Deutsche Verband für Psychohygiene. Stärker noch sind in England, Belgien, Niederlanden, Schweiz, Skandinavien die Mental Health-Vereinigungen als Träger und Förderer des psychiatrischen Fürsorgewesens in die sozialpolitischen Bestrebungen integriert.

In den USA stärkte der Aufbau von Rehabilitationseinrichtungen für Veteranen das Ansehen der Bewegung in der Öffentlichkeit. Nach deren Bewährung übernahm die Regierung in wachsendem Maße derartige Aufgaben. So betrug der Etat des „National Institute of Mental Health“ 1961 über 100 Mill. Dollar. Das NIMH fördert Forschung, Ausbildung sowie den Aufbau von „Community Mental Health Centres“.

Reimann behauptet und bejaht die Hypothese, das Mental Health Movement sei eine soziale Bewegung. Sieben Kriterien kollektiver psychischer Dynamik werden als Merkmale genannt, darunter die zuerst emotionale Bestimmung, dann zunehmende Institutionalisierung der Handlungssequenzen des Kollektivs, die Zielidentifikation und das solidarische Verhalten der Mitglieder, der totale Gültigkeitsanspruch der Ideologie und ihre Orientierung am sozialen Wandel.

Die Verfasserin hebt sowohl sozio-kulturelle Einflüsse als auch missionarischen Eifer des Gründers als auslösende Momente hervor. Sie weist darauf hin, daß soziale Bewegungen mit ihrem Drang nach Expansion besonders in ihrer Frühzeit eine dem Trend zur Institutionalisierung entgegenwirkende Kraft sein können.

Peter Moldenhauer (Berlin)

Von den Geisteskrankheiten

Von Jean Etinne Dominique Esquirol., herausgegeben und eingeleitet von Erwin H. Ackerknecht, 152 Seiten. Bern/Stuttgart, Verlag Hans Huber, 1968. (Mit 26 Abb.)

Wie der Herausgeber betont, ist Esquirols Name heute weit weniger bekannt als der seines Lehrers Philippe Pinel (1745–1826). Der Herausgeber verdient unsern Dank aus mindestens zwei Gründen: das Buch Esquirols ins Deutsche übersetzt zu haben und es dadurch der psychiatrisch-geschichtlichen Forschung möglich zu machen, diesen Vorgänger (oder Nachfahren) Pinels „wiederentdeckt“ zu haben, und zweitens in seiner Einleitung uns einen kurzen Lebensabschnitt dieses Gelehrten gegeben zu haben. Denn Esquirols Name ist kaum in den meist zugänglichen Handbüchern der Psychiatrie auf beiden Seiten der Hemisphäre enthalten.

Wie der Herausgeber uns mitteilt, wurde das vorliegende Buch zum ersten Male von Dr. W. Bernhard, 1838 im Verlag der Voss'schen Buchhandlung in Berlin übersetzt. Anstatt eine neue Übersetzung zu machen, hat der Herausgeber es vorgezogen, die zeitgenössische Bernhardsche zu verwenden und „nur ihre, leider zahlreichen, Übersetzungsfehler zu korrigieren, da eine moderne Übersetzung immer die Gefahr in sich birgt, daß in den Text ein Modernismus projiziert wird, der dem Autor fernlag“.

Besonders dankbar sollte man dem Herausgeber auch für sein „Bibliographisches Namenverzeichnis“ sein, welches in ein bis zwei Zeilen die Lebensdaten und die Orte der Wirksamkeit von Forschern enthält, die heute kaum noch in Handbüchern erhältlich sind.

Im ganzen ist dies eine „Entdeckung“ von *Psychiatrica Archaeologica*, die dem historisch und soziologisch gesinnten Leser höchst willkommen sein dürfte.

Hans A. Illing (Los Angeles)

Der Neurotiker in der Klinik. Einführung in die Theorie und Praxis stationärer Psychotherapie

Von Heinz Wiegman, mit einem Vorwort von J. H. Schultz, 196 Seiten, Göttingen, Verlag für medizinische Psychologie im Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, 1968.

Der Verfasser scheint den Schulen von J. H. Schultz und dem „Neo“-Psychoanalytiker, H. Schultz-Henke, die er beide ausführlich zitiert, wohl gesonnen. Er bezieht sich auch auf Arbeiten von G. Groddeck (die mir von historisch-wissenschaftlichem Interesse sind, aber die heute kaum noch jemand benutzt – nicht einmal in Deutschland), Adler und Kretschmer, letzterer ist häufiger zitiert als Freud, obwohl der Verfasser betont, daß er „psychoanalytisch voll ausgebildet ist“. Das Buch ist im Grunde genommen ein Sammelsurium von verschiedenen Theorien und vielen Methoden, aber der Leser bekommt selten den Eindruck des Ganzen, der Einheit oder selbst den Eindruck einer Idee, was der Verfasser eigentlich sagen will.

In seinem Kapitel über Gruppentherapie sagt der Verfasser selbst, daß er „gezügert hätte, diesem Thema ein eigenes Kapitel zu geben“. Ich wünschte, er hätte seinem Urimpulse nachgegeben, und das Kapitel ausgelassen, da es wohl kaum irgendwelchen Ansprüchen genügt, und meistens die Theorien von Langen wiedergibt, die man bei Langen besser selbst nachlesen kann. Davon abgesehen, sind die Bemühungen des Verfassers äußerst ärmlich, besonders wenn er behauptet, daß das Problem der Gegenübertragung ein „in der Literatur erstaunlich spät behandeltes Thema sei“, da der Verfasser offensichtlich wenig über Gruppenpsychotherapie gelesen hat. Dasselbe kann über sein Kapitel „Katamnesen“ gesagt werden, ein Kapitel, das vielleicht mehr geeignet ist, einem Medizinstudenten im ersten Semester zu helfen als dem praktizierenden Psychiater.

Im ganzen gesehen kann ich keineswegs sagen, wieso das Buch eine „Einführung“ in irgendeine Psychotherapie sein kann, da der Verfasser nur Auszüge von anderen Verfassern gibt, und die „Einführung“ m. E. in Notizen besteht, die er sich über Hunderte von Themata gemacht hat, ohne sie diskriminierend zu verarbeiten. Ich kann daher das Buch, das im Jahre 1968 (nicht 1908!) erschienen ist, keinem empfehlen, Laien oder Fachmann.

Hans A. Illing (Los Angeles)

Kongreß- und andere Nachrichten / Conventions and Other News

27. 7.–1. 8. 1969 Rom.

Vom 27. 7.–1. 8. 1969 findet der 26. Internationale Psychoanalytische Kongreß in Rom statt.

Auskunft: Dr. L. Z. Gairinger, Via Salaria 237, 00199 Roma (Italien).

27. 7.–2. 8. 1969 London.

Vom 27. 7.–2. 8. 1969 findet in London der 19. Internationale Kongreß für Psychologie statt.

Auskunft: Dr. P. Venables, Birkbeck College, Malet Str., London W. C. 1. England.

3. 8.-7. 8. 1969 Paestum.

Von 3. 8.-7. 8. 1969 findet in Paestum (Salerno) in der Casa Ammon ein Symposium für Psychoanalytische Gruppenpsychotherapie statt. Das Symposium wird von Mitgliedern der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung veranstaltet. Auskünfte erteilt das Sekretariat des Lehr- und Forschungsinstituts für Psychodynamische Psychiatrie und Gruppendynamik Berlin, 1 Berlin 15, Wielandstraße 27, Tel. 8 83 49 81. (Programm s. S. 115)

5. 10.-9. 10. 1969 Berlin.

48. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin. Anmeldungen sind zu richten an: Prof. Dr. med. Walter Krauland, 1 Berlin 33, Hittorfstraße 18, Tel. 03 11/76 90 49.

17. 8.-21. 8. Buenos Aires.

Vom 17. 8.-21. 8. 1969 findet der IV. Congrès International de Psychodrame in Buenos Aires statt. Er wird veranstaltet von der Groupe Française d'Etudes de Sociométrie dynamique des Groupes et Psychodrame, 14 av. Paul-Appell 75, Paris (14^e), Frankreich.

Gründung der Pinel-Gesellschaft e. V. (Gesellschaft zur Förderung psychiatrischer Kliniken und wissenschaftlicher Forschung nach den Erkenntnissen der dynamischen Psychiatrie) in Berlin-West.

Am 24. November 1968 wurde dieser Laienverein, der gemeinnützige Ziele verfolgt, gegründet, um die oben bezeichneten Projekte durch Aufbringung finanzieller Mittel zu unterstützen. Der Verein will sich besonders um den Auf- und Ausbau moderner psychodynamisch orientierter Zentren und Kliniken bemühen. Zu den über zwanzig Gründungsmitgliedern gehören Kaufleute, Industrielle, Studenten und Ärzte. Interessenten können sich mit den Vorstandsmitgliedern

Herrn G. J. E. Rahusen, 1 Berlin 28, Zeltinger Str. 16, Tel. 4 01 11 28 (ab 18 Uhr)

Herrn Peter Moldenhauer, 1 Berlin 19, Rönnestraße 28, Tel. 3 06 58 82

Herrn Hans-Joachim Hameister, 1 Berlin 30, Pohlstraße 46

in Verbindung setzen.

Die 10. Jahresversammlung der Los Angeles Group Psychotherapy Society (einem Zweig der American Group Psychotherapy Society) fand am 15. 3. 1969 im Beverly Hilton Hotel in Beverly Hills statt.

Am Vormittag gab es 13 verschiedene Arbeitsgruppen, in denen folgende Themen diskutiert wurden:

- Allgemeine Prinzipien der Gruppen-Psychotherapie
- Drogenabusus Jugendlicher und Wiederherstellung durch den Gruppenprozeß
- Gruppen-Psychotherapie im Wandel
- Familientherapie in der Privatpraxis: praktische Gesichtspunkte und besondere Probleme
- Der Gruppenprozeß: Zwei Ansichten
- Gruppen-Psychotherapie und der „hard core“ Soziopath
- Gruppen-Psychotherapie mit Jugendlichen
- Gruppen-Psychotherapie mit Ehepaaren
- Gruppen-Psychotherapie mit Eltern von Jugendlichen, die in Therapie sind
- Marathon-Gruppenpsychotherapie (zusammen mit weitergehender Gruppen-Psychotherapie)

Objektbeziehung als therapeutisches Mittel

Sensitivity Training

Verschiedene Arten von Gruppen-Psychotherapie Jugendlicher: Auswahl und Erfahrung

Zu den Arbeitsgruppenleitern gehörten viele bekannte Persönlichkeiten auf dem Gebiet der Kinderpsychiatrie, wie der Kinderpsychiater Dr. Joseph Teicher, die Jugendberaterin und -therapeutin Lillian P. Kaplan, die Psychoanalytiker Max A. Sherman, Frederick J. Hacker und Alfred E. Coodley. Im ganzen waren es etwa 30 Kollegen. Jede Gruppe war ursprünglich auf 20 Personen beschränkt, aber manche Gruppen zählten schließlich bis zu 40 Teilnehmern. Es gab eine Gesamtbeteiligung von etwa 600 Kollegen und Kolleginnen.

Am Nachmittag hielten Dr. Martin Grotjahn über „Gruppen-Psychotherapie und ihr Einfluß auf die Familie von Morgen“ und Dr. Eric H. Marcus über „Gestalt-Therapie“ Vorträge.

Es war eine wohlorganisierte und ausgezeichnet besuchte Jahresversammlung, auf der die kleineren Arbeitsgruppen natürlich das größte Interesse hervorriefen.

Hans A. Illing (Beverly Hills)

**Mitteilungen des Lehr- und Forschungsinstituts
für Psychodynamische Psychiatrie und Gruppendynamik/
Communication of the Lehr- und Forschungsinstitut**



Theodor Dosužkov 70 Jahre

Mit herzlichen Wünschen für weitere Produktivität in Frieden zum Wohle unserer Wissenschaft!

Wir grüßen in ihm den Vertreter der Psychoanalyse und dynamischen Psychiatrie in der Tschechoslowakei.

Theodor Dosužkov 70th birthday

Further productivity in peace for the benefit of our science!

Our cordial wishes to the representative of psychoanalysis and dynamic psychiatry in Czechoslovakia.

Program of the Analytic Grouptherapy Symposium – Paestum 1969

Following the 26th International Psychoanalytical Congress in Rome (from July 27th to August 1st, 1969) there will take place a symposium on psychoanalytical group psychotherapy at Casa Ammon, Paestum (Salerno) from August 3rd to August 7th 1969, inclusively. This Symposium is arranged by members of the International Psychoanalytic Association.

The symposium is organized by the Lehr- und Forschungsinstitut für Psychodynamische Psychiatrie und Gruppendynamik, Berlin.

We present the final program as following:

Saturday Arrival day

2nd Aug. 69 8 p. m.

 Welcome reception at Casa Ammon

Sunday 9–9.30 a. m.

3rd Aug. 69 *Martin Grotjahn* (Beverly Hills): "THE ANALYTIC GROUP EXPERIENCE IN THE TRAINING OF THE THERAPIST"

 10–10.20 a. m.

Günter Ammon (Berlin): "INDICATION AND PROCESS OF GROUP PSYCHOTHERAPY ON PSYCHOANALYTICAL PRINCIPLES"

 11–11.20 a. m.

Gisela Ammon (Berlin), g. sp.: "OBSERVATIONS ON A PSYCHOANALYTIC KINDERGARTEN (NINE MONTHS TO FIVE YEARS) THAT RUNS PARALLEL TO THE GROUP PSYCHOTHERAPY OF THE CHILDRENS'S PARENTS"

 4–4.20 p. m.

Raoul Schindler (Vienna) g. sp.: "THE SUICIDE THEME IN THE ANALYTIC GROUP"

 5–5.20 p. m.

Leighton Whitaker (Denver) g. sp.: "INTENSIVE INPATIENT GROUP PSYCHOTHERAPY FROM THE STANDPOINT OF PSYCHOANALYTIC EGO PSYCHOLOGY"

 8.15 p. m. – . . .

Martin Grotjahn (Beverly Hills): "HISTORY OF PSYCHOANALYSIS IN PICTURES"

Monday 9.30–10 a. m.

4th Aug. 69 *Angel Garma* (Buenos Aires): "PARTICULAR CHARACTERISTICS OF GROUP PSYCHOTHERAPY WITH A GROUP OF ULCER PATIENTS"

 10–10.20 a. m.

Benjamin Kotkov (Putney, Vmt.) g. sp.: "PROMOTORS OF CHANGE IN GROUP PSYCHOTHERAPY WITH PSYCHONEUROTIC ADULTS"

 11–11.20 a. m.

David Morgan (Pasadena): "GROUP PSYCHOTHERAPY FOR THERAPISTS AND THEIR WIVES"

 4–4.20 p. m.

Rudolf Ekstein (Los Angeles): "PSYCHOANALYTIC REFLECTIONS ON THE EMERGENCE OF THE TEACHER'S PROFESSIONAL IDENTITY"

- 5-5.20 p. m.
Harold Kaye and Clifton Kew (London): "OBSERVATIONS ON THE RESPONSE OF AN ON-GOING THERAPY GROUP TO THE TEMPORARY INTRODUCTION OF A CO-THERAPIST"
 8.15 p. m. - . . .
Günter Ammon (Berlin): "A PSYCHIATRIC HOSPITAL AS A SOCIAL REALITY BEFORE OPENING" (SLIDES)
- Tuesday 9.30-10.00 a. m.
 5th Aug. 69 *A. and F. Heigl* (Göttingen) g. sp.: "INDICATION FOR PSYCHOANALYTIC GROUP PSYCHOTHERAPY"
 10-10.20 a. m.
A. E. Meyer (Hamburg): "AN EMPIRICAL CATALOGUE OF THE INTERPRETATION IN THE GROUP"
 11-11.20 a. m.
Alice Peters (New York) g. sp.: "SOCIOLOGICAL ASPECTS OF GROUP PSYCHOTHERAPY WITH LOWER MIDDLE CLASS POPULATION"
 3 p. m. - . . .
 Visit of the Greek Temples and latest excavations in Paestum
 8.15 p. m. - . . .
Banquet in honour of the 65th birthday of Dr. Martin Grotjahn
- Wednesday 9.30-10.00 a. m.
 6th Aug. 69 *Meistermann-Seeger* (Köln): "SOME EXPERIENCES IN GROUP WORK WITH SOCIAL WORKERS"
 10-10.20 a. m.
Theodore Dosužkov (Prague): "PSYCHODRAMA IN THE LIGHT OF PSYCHOANALYSIS"
 11-11.20 a. m.
Panel Discussion: About the position of group psychotherapy and the function of psychoanalysis as a basic science with reference to the papers read (Moderator: Günter Ammon)
 3 p. m. - . . .
Excursion to Pompeji
 8.15 p. m. - . . .
Informal Evening Program
- Thursday 9.30 a. m. - . . .
 7th Aug. 69 *Excursion* to Capri
 and farewell.

The Congress languages will be English and German.

The papers read in Paestum will be published in a book of the monograph series "Schriften zur Dynamischen Psychiatrie". Dr. S. H. Foulkes (London) offers the publication of a resume of all contributions in his journal: "Group Analysis, International Panel and Correspondence".

Hotel reservations may be arranged through the organization committee of the Paestum Symposium in cooperation with Cook Travel Agency Berlin.

Please write to:

Lehr- und Forschungsinstitut für Psychodynamische Psychiatrie und Gruppendynamik,
 Berlin, Organisationskomitee:

1 Berlin 15, Wielandstraße 27/28, Tel. (03 11) 8 83 49 81

Freud Statue Committee

Als Freud im Jahre 1907 seinen 50. Geburtstag mit Schülern und Kollegen feierte, vertraute er ihnen einen Jugendtraum an, nämlich eines Tages wirklich berühmt zu werden und seine Büste unter den bedeutenden Männern zu sehen. Dr. Federn wollte Freuds Wunsch verwirklichen und bat ihn lange Zeit, doch Modell zu sitzen; doch Freud kam erst an seinem 75. Geburtstag dem Wunsch nach; er saß Oscar Nemon für eine Skulptur Modell.

Jetzt wurde ein „Freud Statue Committee“ gegründet unter Vorsitz von Dr. Winnicott und eine Sammlung unter allen Psychoanalytikern durchgeführt, um die Skulptur für den Bezirk, in dem Freud in London lebte, in Bronze gießen zu lassen und dort aufzustellen.

Eine Sammlung unter allen Psychoanalytikern hat den Betrag von £ 4.500, den 260 Psychoanalytiker spendeten, erbracht; es werden jedoch £ 10.000 benötigt. Dr. Winnicott trat jetzt mit der Bitte an das Lehr- und Forschungsinstitut heran und bat uns, zu weiteren Spenden aufzurufen. Wir möchten diese Bitte an Sie alle weitergeben, daß Sie zum Ankauf der Freud-Statue in Bronze beitragen mögen. Spenden sind an das

Freud Statue Committee,
Dr. D. W. Winnicott
Midland Bank Limited,
89 Buckingham Palace Road,
London, S. W. 1

zu senden.

In May, 1906, Freud's pupils and colleagues celebrated his fiftieth birthday with a dinner, and presented a medallion to him. On one side was Freud's profile and on the other Oedipus and the Sphynx, and two verses in Greek from the concluding chorus of Sophocles' Oedipus Rex. Freud was deeply moved on seeing this, and told a story from his own youth. How as a young man, full of scientific ideas and ambitions, he had walked through the Hall of Fame of the University of Vienna, day-dreaming of how he might some day become sufficiently famous that his statue would be placed among those busts of famous men. Underneath that statue he had envisaged these very verses, which many years later were engraved on the medallion.

“Who resolved the dark enigma
And was a man most mighty”

From then on Dr. Federn who had chosen those verses in praise of his great teacher was determined to realize Freud's day-dream. Every year at his approaching birthday he begged Freud to sit for a sculptor, but was always rebuked until the seventyfifth birthday when Federn succeeded in getting his consent at last. Oscar Nemon was his sculptor. At the time being a FREUD STATUE COMMITTEE was founded under the chairmanship of Dr. Winnicott. A collection among all psychoanalysts was started for the purpose to cast this sculpture of Freud in bronze. This original appeal letter brought in replies the means of only £ 4,500 from 260 analysts. However there are needed £ 10,000.

Dr. Winnicott asked the Lehr- und Forschungsinstitut to give publicity to this appeal. On the basis of this, a wider appeal is being made.

Cheques should be made payable to Freud Statue Communittee:

Dr. D. W. Winnicott
Chairman Freud Statue Committee
87 Chester Square,
London, S. W. 1.

Dr. Miguel Prados †

Es erreichte uns die traurige Nachricht:

"Dear Dr. Ammon,

I regret to inform you that my husband, Dr. Miguel Prados died in Montreal on January 17. We were there for treatment of cancer of the lung and although he had improved very much he passed away suddenly, probably of a thrombosis.

Sincerely yours M. R. de Prados."

Wir sind erschüttert über den unerwarteten Tod unseres verehrten spanischen Mitarbeiters, der sich trotz seiner schweren Krankheit spontan an unsere Seite stellte.

Der frühe Tod von Doktor Prados ist nicht nur ein schwerer Schlag für die Psychoanalyse in Spanien, sondern auch für die von de Prados mit ins Leben gerufene psychoanalytische Bewegung in Kanada. Wir verlieren in ihm einen Psychoanalytiker, der auch daran interessiert war, die Psychoanalyse in die Psychiatrie hineinzutragen. Im Anschluß an seine Studienjahre in der Neuen Welt brachte er seine Erfahrungen seinem Heimatland Spanien zugute.

Wir werden ihm stets ein ehrendes Gedenken bewahren. Unser Mitgefühl ist mit seiner Witwe, der verehrten Frau M. R. de Prados.

Die Zeitschrift wird für die Dauer eines Jahres seinen Namen mit einem Kreuz versehen weiterführen.

Der Herausgeber

Biographische Daten der Mitarbeiter

Prof. Dr. med. Martin Grotjahn: sein Vater, Großvater und Urgroßvater waren Ärzte. Er studierte in Berlin (Deutschland), wo er 1929 promovierte. Er wurde Oberarzt an der Charité der Psychiatrischen Universitätsklinik Berlin und Mitglied des Berliner Psychoanalytischen Instituts. 1936 ging er nach Amerika. Er begann bei der Menninger Klinik in Topeka/Kansas und wurde 1938 Fakultätsmitglied des Instituts für Psychoanalyse in Chicago. Für vier Jahre war er Militärarzt in der US-Armee. Danach ging er nach Chicago zurück und ließ sich 1946 mit dem Südkalifornischen Psychoanalytischen Institut als Lehranalytiker in Beverly Hills, Kalifornien, nieder. Er ist ordentlicher Professor für Psychiatrie an der Universität von Südkalifornien und ist in erster Linie mit psychiatrischer und psychoanalytischer Forschung und Ausbildung beschäftigt. Dr. Grotjahn beschäftigte sich mit Forschungsprojekten hinsichtlich von Prozessen des Traumes und des Erwachens, mit klinischen und theoretischen Fragen der Psychotherapie und Psychoanalyse. Er berichtete über diese Forschungen in über 200 Publikationen. Er ist Life Member der Amerikanischen Psychoanalytischen Gesellschaft. Er war immer an dem Grenzgebiet von Psychoanalyse und Literatur interessiert, was er in seinem Buch *Beyond Laughter* (McGraw-Hill 1957, paperback edition 1965) bearbeitet hat. Nach einer analytischen Studie über die Dynamik der Familie veröffentlichte er ein Buch mit dem Titel *Psychoanalysis and the Family Neurosis* (W. W. Norton, New York, 1960).

In Zusammenarbeit mit den Doktoren Franz Alexander und Samuel Eisenstein veröffentlichte Dr. Grotjahn ein drittes Buch: *Psychoanalytic Pioneers* (Basic Books, New York 1966).

Nach vielen Jahren des Forschens vollendete er das Buch *The Symbol*, dessen Herausgabe für das Jahr 1969 vorgesehen ist.

Ehefrau und Sohn von Dr. Grotjahn sind ebenfalls Ärzte.

Finn Hansen: Staatsexamen in Psychologie an der Universität Oslo. 1955–1959 Psychoanalytische Ausbildung in München und Berlin. Seit 1959 in freiem Beruf als Psychoanalytiker in Oslo. Z. Z. Vizepräsident der Norwegischen Psychoanalytischen Vereinigung und Mitglied des Ausbildungsausschusses.

Prof. Dr. med. Victor N. Smirnoff: Medical School, Université de Paris. Rockefeller Fellowship Psychiatry, USA (1950–1951). Clinical Attaché, University Clinic for Child Psychiatry, Paris (1952–1968). Medical Director, Child Guidance Clinic (Direction Hygiène Sociale), Paris (1955–1969). Lecturer Psychoanalysis, Hôpital de la Salpêtrière, Paris (1960–1968). Professor Clinical Psychology and Psychoanalysis, Institut Catholique, École des Psychologues Praticiens, Paris (1964–1968). Training Analyst, Association Psychoanalytique de France. Co-Editor of *Bulletin de L'Association Psychoanalytique de France* (1965–1969). Author of *La Psychoanalyse de l'Enfant*, P.U.F. 1966. Articles on psychoanalytic technique, perversions, psychosomatic illnesses, etc.

Prof. Dr. med. W. Th. Winkler: Seit 1961 Direktor des Westfälischen Landeskrankenhauses Gütersloh (Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie). Hauptherausgeber der Zeitschrift für Psychotherapie und Medizinische Psychologie. Hauptarbeitsgebiet: Dynamische Psychiatrie und Sozialpsychiatrie. Er hat bei einzelnen Schizophrenen analytische Behandlungen durchgeführt und einige Abwehrmechanismen beschrieben, die ihm für bestimmte Formen der Schizophrenie typisch zu sein scheinen. In Münster hält er regelmäßig Vorlesungen mit dem Titel „Einführung in die Tiefenpsychologie“, wobei er auch immer auf die Psychodynamik der sogenannten endogenen Psychosen einzugehen pflegt.