

## Wandlungen der psychiatrischen Krankheitsauffassung durch Sozialpsychiatrie

W. Schumacher\*

Mit Einführung sozialpsychiatrischen Denkens in die Psychiatrie hat, wenn auch vielfach noch unbemerkt, eine tiefgreifende Umorientierung der psychiatrischen Krankheitsauffassung überhaupt begonnen. War der Blick bisher auf die am Kranken sichtbar werdenden Phänomene gerichtet, so rückt nunmehr die Dynamik der Beziehungen des Kranken zu seiner Umwelt und umgekehrt in den Mittelpunkt. Es geht um eine Pathologie der sozialen Kommunikation, eine — wie man sagen könnte — Sozialpathologie, wobei das, was am Kranken als schließliche Auswirkung seiner veränderten oder gestörten sozialen Beziehungen sichtbar wird, an Bedeutung verliert. Das damit eingeleitete Umdenken innerhalb der Psychiatrie kann in seinen Auswirkungen kaum genug pointiert werden. So wird es beispielsweise notwendig sein, eine völlig neue Nosologie zu entwickeln. Die bisherigen Pfeiler der psychiatrischen Krankheitslehre, die Symptome am Patienten, geraten in die Rolle vom Epiphänomenen. Nosologisch führend werden sein die zwischen dem Kranken und seiner Umwelt sich abspielenden sozialen Prozesse, die Systeme seiner Kommunikation, etwa hier vorhandene Spannungen, Fehlformen und Störungen.

Es erscheint wichtig, diese Zusammenhänge zu erkennen und ihre wahrscheinlich weitreichenden Konsequenzen sichtbar zu machen. Im folgenden Beitrag soll dies, zum Teil unter Verwendung eines einfachen Beispiels aus dem klinischen Alltag, versucht werden. Dabei geht es auch darum, gewissen Tendenzen entgegenzuwirken, die darauf abzielen, das grundsätzlich Neue, das sich unter dem Begriff Sozialpsychiatrie ankündigt, dem bisherigen Denken unterzuordnen, anzugleichen und damit möglicherweise in seiner Entfaltung zu hindern. Dieses Neue, d. h. — verkürzt gesagt — die Wendung von einem materiellen Symptomendenken zu einem reflexiven Durchdringen dynamischer Vorgänge und Abläufe, ist dabei vermutlich Teil eines übergreifenden geistesgeschichtlichen Prozesses, dessen Auswirkungen auch in anderen Wissenschaften, teilweise hier sehr viel deutlicher, in Erscheinung treten. So z. B. weisen das immer stärker werdende Interesse an Kybernetik und Informationstheorie, die Anwendung solcher Erkenntnisse in sehr heterogenen Gebieten, in die gleiche Richtung. Die in den klassischen Naturwissenschaften üblich gewesene Beschäftigung mit festen Strukturen hat sich bekanntlich längst verschoben zugunsten eines Denkens in Wirkungen und Gegenwirkungen. Fast noch deutlicher wird diese Blickwendung in den Geisteswissenschaften. So z. B. sieht Habermas (1968) den Fortschritt der Erkenntnis in einer Ablösung des Objektivismus durch Selbstreflexion, der Ersetzung von Instrumentalität durch Interaktionalität. Bisher als feststehend angesehene Kategorien oder Strukturen der Wirklichkeitserfassung lösen sich auf als Wirkungen intersubjektiver, umgangssprachlich vermittelter Interaktionen. In gleiche Richtung weisen auch Untersuchungen der gegenwärtigen Linguistik (B. L. Whorf 1963).

\* Professor an der Psychiatrischen Universitätsklinik Düsseldorf.

In Form moderner Sozialpsychiatrie hat diese, in vielen Wissenschaftsbereichen feststellbare Wandlung auch in der Psychiatrie Eingang gefunden. Um diese Zusammenhänge näher zu verdeutlichen, sei die bisherige psychiatrische Krankheitsauffassung kurz umrissen. Sie ist primär symptomzentriert. Die Ebene des Vorgehens ist die auch sonst in der Medizin übliche objektivierende Erfassung und Differenzierung von Phänomenen. Der Psychiater nimmt gegenüber dem Kranken, eigentlich gegenüber dem, was der Kranke an Auffälligkeiten bietet, die Rolle eines feststellenden und registrierenden Beobachters ein. Er macht den Kranken zum Gegenstand, fixiert die an ihm erkennbar werdenden Besonderheiten, klassifiziert sie, ordnet sie zu Syndromen und gelangt so schließlich zu einer Diagnose (wobei damit nicht selten die Aufgabe als erledigt, der „Fall“ als gelöst empfunden wird). Gleichwie der Organmediziner in subtiler Weise die Auffälligkeiten und Veränderungen an seinem Gegenstand beschreibt, registriert auch der Psychiater die Veränderungen an seinem Objekt. Der Unterschied liegt lediglich im Substrat.

Vielfach nun, so läßt sich feststellen, wird Sozialpsychiatrie von dieser gleichen Ebene aus betrachtet und beschrieben. Sie wird empfunden als eine Erweiterung des bisherigen Terrains der Psychiatrie, als Zuwachs an Institutionen und Aufgaben. In diesem Sinne entstehen Tag- und Nachtkliniken, werden Maßnahmen zur Rehabilitation seelisch Kranker entwickelt, wird — was die Forschung anbetrifft — psychiatrische Ökologie bzw. Epidemiologie betrieben. All diese, im einzelnen sehr notwendige und sehr begrüßenswerte Aktivitäten sind jedoch — bei genauer Betrachtung — oft nichts anderes, als eine Erweiterung des bisherigen Rahmens des psychiatrischen Denkens und Handelns, ein quantitatives Mehr an Aufgaben, wobei die Ebene, von der aus die Phänomene betrachtet werden, die gleiche bleibt.

In diesem Zusammenhang mag es wichtig sein, sich zu vergegenwärtigen, auf welche Weise stabile Lehrsysteme extrasystemischen und damit potentiell gefährdenden Einflüssen zu begegnen pflegen. Es sind dies bevorzugt zwei Weisen, nämlich einmal ein assimilatives Sich-zu-eigen-Machen, und zum anderen ein eliminatives Sich-Verschließen. Obwohl scheinbare Gegensätze, können auf beiden Wegen neue Ideen und neue Impulse abgewiesen werden. Sozialpsychiatrisches Denken scheint in Gefahr zu stehen, auf assimilative Weise eingeordnet, systemgerecht und damit seines eigentlichen Ideengehaltes beraubt zu werden. Psychoanalytisch-psychodynamisches Denken — in manchem dem sozialpsychiatrischen Ansatz verwandt — wurde lange Zeit eliminativ, d. h. durch Ablehnung und Aussperrung bekämpft. Es wäre reizvoll zu untersuchen, welche Bedingungen ein stabiles System veranlassen, einmal den einen und ein andermal den anderen Weg zu wählen.

Demgegenüber ist festzustellen, daß in Abhebung von der bisherigen Krankheitsauffassung Sozialpsychiatrie ihrem Anliegen und auch ihrer Methode nach etwas anderes meint. Gegenstand ist hier nicht oder nicht mehr ausschließlich das, was der Kranke an Symptomen bietet, sondern wie die wechselseitigen Beziehungen zwischen ihm und seiner Umgebung beschaffen sind. Statt eines quantitativen Mehr an Aufgaben, bedeutet Sozialpsychiatrie im Grunde eine qualitative Andersartigkeit der psychiatrischen Betrachtungsweise. Die Konsequenzen zeigen sich u. a. darin, daß hinsichtlich der Ätiologie

psychischer Störungen nicht mehr — wie bisher — allein die Verhältnisse im Kranken selber zu betrachten sind. Man wird vielmehr ins Auge fassen müssen, daß vom Kranken aus gesehen entfernte Faktoren, Einflüsse scheinbar unverdächtiger Außenpersonen, als bedingende Ursachen in Frage kommen. Seelische Krankheit ist damit nicht mehr eine Angelegenheit des Kranken allein, sondern eine Angelegenheit seiner Familie, seiner Gruppe, ja seiner Umwelt im weitesten Sinne. Der Psychoanalyse waren diese Zusammenhänge schon länger bekannt. Allerdings hat man auch hier — bis vielleicht auf die jüngste Entwicklung — kaum die sich daraus ergebenden Konsequenzen für Theorie und Praxis gezogen. Speziell aus der analytischen Kinderpsychotherapie wußte man immer schon, daß der Kranke, in diesem Fall das seelisch gestörte Kind, oft nur das Symptom seiner scheinbar gesunden Eltern ist (H. E. Richter, 1960; 1967; St. Bornstein, 1934). Verlor das Kind seine Störungen, so manifestierten sich nicht selten offene Symptome an einem seiner Elternteile. Wegen der Häufigkeit solcher Erscheinungen sind manche Kindertherapeuten auch dazu übergegangen, ein Kind nur dann in Behandlung zu nehmen, wenn auch die Eltern bereit sind, sich behandeln zu lassen. Die konsequente theoretische Auswertung solcher Beobachtungen wurde dennoch lange Zeit vernachlässigt. Man blieb weitgehend am Bild der Individualpsychologie und -pathologie orientiert. Allenfalls sah man Dualbezüge, wobei davon ausgegangen wurde, daß ein Individuum auf Grund eigener neurotischer Bedingungen im anderen Partner entsprechende Störungen hervorrief. Da Kinder ohnehin höchst reagible und abhängige Wesen sind, schien der ganze Vorgang theoretisch keine besonderen Implikationen zu enthalten. Erst durch Anstoß von der praktischen Seite her, insbesondere nach breiterer Einführung der Gruppenpsychotherapie, gelangten Probleme der Interaktion auch und vor allem in deren unbewußten Aspekten in den Vordergrund der Betrachtung. Zögernd begann und beginnt man damit, eine Akzentverlagerung von den Verhältnissen im Individuum auf die der Beziehungen der Individuen untereinander vorzunehmen. So ist man in der Psychoanalyse dabei, pathologische Innen- und Außenkommunikationen von Familiengruppen systematisch zu untersuchen und einer Behandlung zugänglich zu machen (H. E. Richter, 1968, 1970; A. Ryle 1967; F. S. Williams 1967; I. C. Wynne 1965; J. Ehrenwald 1963).

In einer für die bisherige Krankheitsauffassung tiefgreifenden Blickwendung wird dabei z. B. der hysterische oder der angstneurotische Patient nicht mehr für sich allein betrachtet. Er und seine Neurose erscheinen vielmehr als Äußerungsorte einer hysterischen oder ängstlich-paranoiden Familiengruppe und deren kommunikativer Verflechtungen.

Dem Soziologen und Sozialpsychologen mögen diese Auffassungen alt und längst bekannt erscheinen. Hatten doch die Gruppenabsolutisten etwa vom Schlage eines Ludwig Gumplowicz schon im 19. Jahrhundert behauptet, der Mensch als Individuum existiere überhaupt nicht und folglich gebe es auch keine Individualpsychologie, was im Menschen denke, sei gar nicht er, sondern seine soziale Gemeinschaft. Der Streit zwischen Universalisten und Individualisten, wenn auch vielfach als Scheinproblem bezeichnet und beiseite geschoben (so z. B. Th. Geiger 1953, S. 23), wirkt bis heute in den modernen

Diskussionen über den Begriff der Person fort. Die soziologische Theorie der Beziehung zwischen der Person auf der einen, und der sozialen Realität auf der anderen Seite wurde dabei bekanntlich nicht unerheblich von Freud und der nachfreudischen Psychoanalyse beeinflusst. Insbesondere das System Talcott Parsons (1968) bietet hierfür ein Beispiel, wobei gerade hier die grundsätzlichen Unterschiede in den Betrachtungsstandpunkten deutlich werden (A. Lorenzer 1970). Freud, im klassischen Denken der Schulpsychiatrie erzogen, erkannte zwar die tragende Bedeutung sozialer Einflüsse für die seelische Entwicklung des Menschen, jedoch — von ihm summarisch als „äußere Realität“ bezeichnet — nahm er sie im Modell der Internalisierung in die Individualität hinein. Von hierher verständlich, betrachtete Freud die Soziologie auch als „angewandte Psychologie“. Ausgang und Mitte der Krankheitslehre blieb das Individuum und was in ihm vorgeht. Das Ich des Einzelnen wurde als der bestimmende und verantwortliche Organisator angesehen, dessen integrative Leistungen sich sowohl auf die (letzlich somatisch begründeten) Es-Impulse, sowie auch auf die in Über-Ich und Ich-Ideal etablierten Normen und Zielsetzungen der Gesellschaft erstrecken.

In anderer Auffassung, etwa im System Parsons, aber auch in den Arbeiten moderner Analytiker, z. B. Eriksons und seiner Schule, reduzieren sich Funktionen und Fähigkeiten des Ich, ja selbst des Es, zu Bildungen der Gesellschaft. Das, was sich für Freud als Unabdingbarkeiten der seelischen Organisation, als „Unwandelbarkeit der menschlichen Natur“ darstellte — etwa die Polarität der Geschlechtlichkeit, die Stufen der Libidoentwicklung —, erscheint umgekehrt dann als bestimmt oder doch tiefgreifend mitbestimmt durch die Einflußnahmen der jeweiligen Gesellschaftsordnung (J. F. Bergmann 1967; E. Schwanenberg 1970).

Insofern die Psychiatrie heute, gewissermaßen auf der Schiene der Sozialpsychiatrie, in diese Kontroverse zwischen individualistischer und gesellschaftsbezogener Pathologie hineingeraten ist, scheint es wichtig, diese Zusammenhänge thematisch klar zu erfassen. Diese Verschiedenartigkeiten der Auffassungen mögen manchem von mehr oder weniger theoretischem Interesse, als Unterschiede der anthropologischen bzw. sozialanthropologischen Deutung des Menschen erscheinen. Da es in der Psychiatrie aber immer und vor allem um Fragen der Behandlung geht, man aber sinnvoll nur dann behandeln kann, wenn man weiß, wen man behandeln soll, gewinnen diese Probleme eine unmittelbar praktische Bedeutung. Es ist die Frage, ist die Gruppe, die Gemeinschaft, die Gesellschaft der Patient oder der, der im Sprechzimmer erscheint? Und wenn er, der vor uns sitzt, nur das Symptom seiner Familie, Gruppe usw. ist, wie und in welcher Weise können wir dann therapeutisch tätig werden? Vermutlich werden diese Fragen manchem heutigen Intellektuellen als überholt, d. h. zugunsten des gesellschaftsbezogenen Ansatzes längst entschieden erscheinen. Wirft man doch der individuellen Therapie pauschaliter vor, sie unternehme immer nur den Versuch, den einzelnen Menschen an seine „kranke“ Gesellschaft anzupassen. Unterzieht man sich indes der Mühe, auch nur etwas in die Vielschichtigkeit dieser Problematik einzudringen, so wird bald deutlich, daß derartige Thesen — bei aller Berechtigung, die sie im Ansatz auch enthalten mögen — kaum mehr

sind, als nur grobe und wenig brauchbare Vereinfachungen. Es ist hier nicht der Ort, auf diese Punkte näher einzugehen. Vielmehr soll versucht werden, an Hand eines einfachen Beispiels aus dem klinischen Alltag die Fakten um die es hier geht, näher zu beleuchten.

Dazu ausgewählt sei der Fall einer etwa 40jährigen Frau, die unter der psychiatrischen Diagnose einer ausgeprägten hypochondrischen Depression wiederholt in klinische Behandlung mußte. Es sollen hier nur jene Umstände und Zusammenhänge dargestellt werden, die für die vorliegende Thematik von Bedeutung sind.

Frau L. war wie immer, wenn sie in die Klinik kam, eine äußerst schwierige Patientin. So oft jemand das Krankenzimmer betrat, begann sie zu weinen, zu jammern und zu klagen. Überall hatte sie Schmerzen, sie könne nicht schlafen, nicht essen, nicht einmal mehr liegen.

In schulmäßiger Weise wurde die Diagnose einer depressiven Erkrankung gestellt, wobei längere Diskussionen stattfanden, denn die psychopathologische Symptomatik bot einige, vom typischen Bild einer Depression abweichende Details. So äußerte Frau L., das Essen, was man ihr bringe, habe immer so einen merkwürdig bitteren Beigeschmack. Schon zu Hause habe sie das Gefühl gehabt, man mische ihr heimlich Gift ins Essen. Offensichtlich lagen mißtrauisch-paranoide Begleitgefühle vor, vielleicht sogar echte Wahnwahrnehmungen. Immer wieder wurde diskutiert, ob die vorhandenen Vergiftungsgefühle Ausdruck wahnhafter Veränderungen der Wahrnehmungsfunktionen, oder aus dem depressiven Affekt heraus ableitbar seien.

Bei allem Interesse an diesen Überlegungen und Differenzierungen wurde merkwürdigerweise eines den beteiligten Ärzten lange nicht bewußt, nämlich daß jeder bei sich eine schwer erwerbare Abneigung empfand, die Patientin überhaupt aufzusuchen oder gar längere Zeit mit ihr zusammen zu sein. Einmal darauf aufmerksam geworden, sagte z. B. der Stationsarzt, jedesmal bevor er zur Visite ins Zimmer trete, hole er tief Luft, regelmäßig mußte er sich innerlich einen Ruck geben. Dem Pflegepersonal erging es nicht anders. Als diese Zusammenhänge während einer Stationsbesprechung verbalisiert und reflektiert wurden, bildete sich bald einhellig die Meinung heraus, daß Frau L. einfach jeden abscheulich schlecht und aggressiv behandle. Obwohl sie medikamentös die beste Behandlung erhielt, erging es ihr subjektiv jeden Tag schlechter. Von den Beteiligten unbemerkt hatte sich die Interaktion in eine Kampfbeziehung, in einen erbitterten „Kampf um die Besserung“ verwandelt. So z. B. behauptete die Patientin, sie schlafe keine Nacht. Der Stationsarzt ordnete Überprüfung an. Am Morgen hielt er der Patientin dann strafend vor, die Nachtwache habe sie zweimal tiefschlafend angetroffen. Vieles an Details wäre hier noch zu berichten. Halten wir zunächst fest, daß bei aller Subtilität der psychopathologischen Diagnostik jener eigenartige sadistisch-aggressive Bezug, den die Patientin herstellte und in den man sich mit ihr eingelassen hatte, lange Zeit nicht bemerkt wurde.

Zur Vorgeschichte mag genügen zu sagen, daß sie aus einer autoritär aufgebauten, ganz auf Pflicht und Leistung bezogenen Pfarrersfamilie stammte. Aus einer Schar von Geschwistern war sie schon früh als das „schwarze Schaf“ herausgefallen. Immer hatte sie die Sündenbockrolle eingenommen. Wenn irgendwo etwas schief ging, dann bei ihr, wenn irgendwer versagte, dann sie. In der Schule war sie nicht mitgekommen. Sie hatte heiraten müssen, und zwar einen „kleinen Angestellten“. Auch ihre Ehe ging schlecht. Zu allem Überfluß hatte sich ihr Mann in einen Alkoholiker verwandelt. Häufig kam es zu unwürdigen Szenen, weshalb sich auch Eltern und Geschwister schon lange von ihr abgewandt hatten.

Unser Interesse richtete sich auf die jetzige Familie der Frau L. Wie war die emotionale Situation in ihrer Familie, welche Konflikte lagen vor, wodurch wurden sie

ausgelöst und wie wurden sie ausgetragen? Um hierüber etwas zu erfahren, bedienten wir uns teilweise der direkten Beobachtungen der Kommunikation zwischen Frau L., ihrem Mann und ihren beiden Kindern (zwei Jungen im Alter von 20 und 22 Jahren). Teilweise konnten wir auf Aussagen zurückgreifen, die eine sehr feinfühligke Fürsorgerin machte. Sie hatte die Familie wegen des Alkoholismus des Mannes schon lange in Betreuung und ging hier ein und aus.

Vereinfachend gesagt, ließ sich die familiäre Situation als ein einziges sadistisches Hin und Her bezeichnen. Jeder mißtraute dem anderen, versuchte ihm Vorwürfe zu machen, ihn zu quälen, Verachtung zu zeigen usw. Tage- ja wochenlang wurde nicht miteinander gesprochen. Einer befand sich immer in der Rolle des Bösewichts. Es war deutlich, daß der Ehemann — im Grunde ein weicher, scheuer Mann — unbewußt gewissermaßen dazu verführt wurde, im Alkohol zu entgleisen, sich damit ins Unrecht zu setzen, wonach man dann umso besser über ihn herfallen und ihn niedermachen konnte. War im Binnenverhältnis einmal Ruhe, so offenbar dann, wenn ein äußerer Feind aufgetaucht war — etwa die Fürsorge, das Gericht, ein Gläubiger —, der Böses wollte und gegen den man gemeinsam ankämpfen mußte.

Es mag dahingestellt bleiben, ob die Patientin es war, von der dieses Klima ausging. Denkbar wäre dies. Durch Wiederholungszwang, so könnte man sich vorstellen, versuchte sie den drückenden Sadismus ihrer Kindheit wiederherzustellen, teils um damit die Rolle des Sündenbocks endlich von sich abzuschieben, teils aber auch um diese Rolle erneut auf sich zu nehmen. Die Krankheit nun, an der Frau L. litt, war — so könnte man vereinfachend sagen — Ausdruck und Folge der Verinnerlichung dieses sadistischen Kampfes. Zum größten Teil hatte sie das, was ansonsten nach außen agiert wurde, in sich hineingenommen. Sie hatte begonnen, die schwere aggressive, Wut, den Haß und die Vernichtungswünsche gegen sich selbst zu wenden. In dieser Weise verbiß sie sich in sich. Sie quälte sich und ihren Körper, was in der lärmenden depressiven Symptomatik dann zum Ausdruck kam. Deutlich allerdings war auch, daß ihr eigenes Selbst zwar den größten Teil der sadistischen Quälsucht auf sich gezogen hatte, jedoch nicht alles. Ein Teil blieb auf die Außenwelt gerichtet und wurde spürbar in den Beziehungen zu Ärzten und Pflegepersonal. Alle fühlten sich schlecht von ihr behandelt, abgewiesen, heruntergemacht. Charakteristisch war auch, daß sie es verstand, Ärzte und Pfleger zu veranlassen, umgekehrt wiederum sie schlecht zu behandeln. In etwa stellte sie damit auch im Krankenhaus die Konflikte ihrer Familiensituation wieder her. Die Vergiftungsgefühle, die sie zu Hause schon geäußert hatte, ließen sich unschwer als Projektionen der eigenen Feindseligkeit erkennen. Sie wurden wiederum reflexiv, als gegen sich selbst gerichtet, erlebt.

In der weiteren Verfolgung dieser interfamiliären Dynamik ließen sich dann auch Anhalte gewinnen für die mutmaßliche Auslösung des Krankheitsgeschehens. Wir fanden, daß offenbar bestimmte, dynamische Konstellationen in der Familie hierfür besondere Gefährdungspunkte bildeten. Sie schienen dann gegeben zu sein, wenn ihre Aggressionen gewissermaßen ins Leere liefen, keine eigentliche Anheftung mehr fanden, so z. B. wenn der Mann längere Zeit gar nichts getrunken hatte, alles einigermaßen florierte und im Gleichgewicht schien. Bezeichnenderweise sagte die Fürsorgerin: „Jetzt hatten wir gerade alles in Ordnung gebracht, und nun wird sie krank!“ Offenbar führte das Nichtvorhandensein eines Übeltäters, wozu ihr Mann ja meist diente, bei Fortbestehen der eigenen Aggressionen zu einer Verstärkung der Schuldgefühle. Überschritten diese ihre Schuldgefühle eine gewisse Schwelle, — etwa noch vermehrt durch Freundlichkeitsangebote seitens ihrer Umgebung — so lenkten sich ihre Zerstörungswünsche gegen sich selbst. Das Ableiten in die depressive Krankheit begann.

Hier wäre zu bemerken, daß ohne Kenntnis der analytischen Psychologie, insbesondere der in vielem bis heute gültig gebliebenen Arbeiten Karl Abrahams über die

Dynamik der depressiven Psychosen (1924), diese Zusammenhänge unverstehbar bleiben müßten. War es doch hier so, daß gerade kein frustratives oder traumatisches Erlebnis im sonst üblichen Sinne vorlag. Paradoxerweise wurde gerade das Fehlen einer solchen Belastung zum Verhängnis. Die Psychose trat — von außen her gesehen — buchstäblich aus „heiterem Himmel“ auf, ein Umstand, den die klassische Psychiatrie ja immer wieder zum Anlaß nahm, die Erlebnisunabhängigkeit und Uneinfühlbarkeit der Psychosen zu postulieren.

Welche Gesichtspunkte nun lassen sich an Hand dieses Beispiels für die hier verfolgte Thematik gewinnen? Ausgegangen werden soll von dem hochgradig abnormen interfamiliären Beziehungsfeld. Wie erkennbar wurde, spielten sich die Interaktionen vorwiegend auf aggressiv-sadistischer Ebene ab, wobei sowohl gegenseitige wie auch zum Außenfeld hin gerichtete paranoide Befürchtungen sichtbar wurden. Bezüglich der Entstehung dieses Feldes sind zwei, in der Ebene ihrer Betrachtung voneinander unterschiedliche Möglichkeiten denkbar: 1. Könnte man, wie schon angedeutet, der Auffassung sein, daß Frau L. es war, die aus eigenen individuellen Bedingungen das Interaktionsfeld in dieser Weise bestimmte oder daß dies von einem anderen, etwa dem Ehemann, aus geschah. 2. Wäre es möglich, daß hierfür nicht individuelle Umstände, sondern primär gruppendynamische Prozesse verantwortlich waren, an deren Aufbau sich alle Mitglieder, wenn auch in unterschiedlicher Weise beteiligten. Im Vordergrund stünde dann der übergeordnete Faktor der Gruppenwirkung, wobei es weiterhin sein könnte, daß die Beziehungen in der engeren Familie von Bedingungen beeinflußt wurden, die außerhalb ihrer selbst lagen, daß also Umgebungskräfte, etwa subkultureller, oder auch gesamtgesellschaftlicher Art für die Kommunikation im Innenraum mit verantwortlich waren.

Am konkreten Beispiel nun zeigte sich, daß selbst dann, wenn — wie bei Frau L. — die pathogene Quelle an einer Person zentriert erscheint, dies nicht so ist. Von einer Betrachtung der individuellen Verhältnisse allein würde man nicht in der Lage sein, die Vielfalt der hier auftretenden Erscheinungen zu verstehen. Man würde sie nicht einmal vollständig beschreiben können. Zwar gingen von der Patientin starke Einflüsse auf die Interaktionen aus, aber auch umgekehrt wurde sie von dem, was in der Gruppe vor sich ging, entscheidend mitbeeinflusst, z. B. was die doch wichtige Frage der Krankheitsauslösung anbetraf. Bei genauer Betrachtung läßt sich — im Sinne der zu zweit genannten Möglichkeit — sagen, daß das Sosein der Interaktionen von keinem der Beteiligten allein, ja nicht einmal von der Familiengruppe selbst her erklärbar war. Sobald ein Außenkonflikt auftrat — die Fürsorgerin konnte hierfür anschauliche Beispiele geben — änderten sich auch die Beziehungen in der Innengemeinschaft (Ruhe im Binnenfeld, Kampf nach außen).

Sehr deutlich werden diese Verhältnisse am Beispiel des Ehemannes. Sein Hineingeraten in den Alkoholismus — er hatte früher nie getrunken — war fast nur von den Geschehnissen in der Familie her verstehbar. Selbst die Zeitpunkte, wann er (nach oft längerer Pause) wiederum trank, ließen sich von hieraus erklären. Obwohl entsprechende charakterliche Prädispositionen sicher auch bei ihm vorhanden waren, erwies sich seine Krankheit — weit deutlicher als bei Frau L. — als Symptom der Familiendynamik. Die vorherrschend sadistisch ausgelegte Bedürfnislage brauchte sein Versagen und

sein rückfällig werden. Eine herkömmliche, allein auf ihn zentrierte Therapie würde wesentliche Bedingungs Momente nicht erfassen und daher wohl auch scheitern. Vielleicht sind die hohen Rückfallziffern nicht allein beim Alkoholismus, sondern überhaupt im Bereich psychischer Störungen — man denke etwa an das Problem der Kriminalität — in diesen Zusammenhängen begründet oder doch mitbegründet.

Man könnte hier — um auf das Beispiel der Frau L. zurückzukommen — einwenden, daß bei aller Anerkennung übergeordneter Gruppenkräfte und ihrer Bedeutung doch die individuelle Therapie der Patientin die beste Chance biete. Denn wenn es gelänge, die bei ihr vorhandenen, unbewußten Konflikte zu lösen, würde sich ihr Einfluß auf die Familie ändern und damit auch diese selbst. Dem ist natürlich zuzustimmen. Es ist auch der Weg, den wir heute noch allgemein gehen. Dennoch sollte man dabei nicht den Gesamtzusammenhang aus dem Auge verlieren. Würde man z. B. den Alkoholismus des Ehemannes mit Erfolg behandeln, so würde sich u. U. gerade das bei Frau L. im Sinne einer Krankheitsauslösung auswirken können. Wie dargestellt, ergaben sich tatsächlich Anhalte für derartige Wirkungszusammenhänge.

Versuchen wir an Hand des Beispiels die Kontroverse zwischen individueller und gruppenbezogener Pathologie noch etwas weiter zu verfolgen. In individuell pathogenetischer Betrachtung wird es notwendig, gewissermaßen die Ebene zu wechseln. Auf der einen Seite erscheinen konstante persönliche Eigenschaften, auf der anderen Seite davon ausgehende dynamische Kräfte und Wirkungen. Diese scheinbare Polarität löst sich auf, wenn man die individuellen Konstanten der Persönlichkeit — abgesehen davon, daß sie nicht konstant sind, denn bei Frau L. wandelten sie sich wiederholt zur echten Krankheit — wenn man diese Konstanten sozusagen als „festgefrorene Interaktionen“, nämlich der Interaktionen innerhalb ihrer elterlichen Familie auffaßt. Die Internalisierungen innerhalb ihrer Frühentwicklung wären dann nicht als statische Größen anzusehen, sondern als dynamisch-funktionale Vektoren ihres Handelns, Verhaltens und Empfindens. Vielleicht hat die so sehr eingängige Bildhaftigkeit, mit der Freud die Vorgänge der Introjektion und Internalisation erstmals beschrieben hat — Verinnerlichung des Vaters, der Mutter usw. —, dazu geführt, vorherrschend statische statt dynamische Größen zu sehen. Wahrscheinlich würde man zutreffender sagen, daß nicht — um ein Beispiel zu nennen — der Vater als Vater-Imago verinnerlicht wird, sondern die Interaktionsmuster des Vaters, die spezifischen Formen seines Erlebens und Handelns im sozialen Raum. Zwar wären dies auch Größen von überdauernder Wirksamkeit, die gemeinsame dynamische Ebene jedoch, auch was die genetische Seite anbetrifft, wäre enthalten. Das, was sich herkömmlich als statisch-eigenschaftliche Merkmale einer Persönlichkeit darstellt, würde erscheinen als dynamisch-dispositionelle Gerichtetheiten der sozialen Beziehungsaufnahme. Eine solche Beschreibung würde auch besser dem an sich bekannten Umstand Rechnung tragen, daß es Charaktereigenschaften für sich allein, d. h. losgelöst vom sozialen Feld, nicht gibt. Erst in der sozialen Kommunikation realisiert sich ja Charakter. Verlängert man diese Auffassung bis in den somatisch konstitutionellen Bereich hinein, so würden sich die „Unwandelbarkeiten der menschlichen Natur“ als — in diesem Falle —



angeborene Determinanten menschlichen Verhaltens in bezug auf Außenobjekte darstellen. Derartige Auffassungen würden sich übrigens auf einer Ebene befinden mit den Ergebnissen der modernen Tierverhaltensforschung (Instinkte als angeborene Interaktionsmuster). Die o. pointierte Kontroverse zwischen Freud und Parsons wäre dann das Ergebnis bestimmter, vorabgesetzter Grundannahmen (hier statisch-eigenschaftlich, dort dynamisch-funktional). Sie würde sich auflösen zugunsten eines Modells vielfältig ineinander verflochtener, sich überlagernder und aufeinander wirkender dynamischer Wechselbeziehungen.

Theoretisch betrachtet werden hierbei die jeweils vorhandenen kommunikativen Systeme als Bezugsrahmen verwendet. In Parsons funktional-dynamischem Modell wird bekanntlich die Dimension des „sozialen Handelns“ zum Bezug. Letzteres ist nicht ganz deckungsgleich mit dem, was hier gemeint ist. T. Parsons als soziologischer Theoretiker nimmt verständlicherweise die phänomenale Ebene — soziales Handeln als sichtbare Wirkung von Interaktion — zum Ausgangspunkt. Interaktion im hier gemeinten Sinne zielt dagegen mehr auf den Aspekt der verschiedenen, wechselseitig sich beeinflussenden Gefühlsbeziehungen ab (psychoanalytisch: Besetzungen). Gemeint sind die Art und Weise der Gefühle, mit denen die einzelnen Mitglieder einer Gemeinschaft zueinander stehen, und zwar zunächst unabhängig davon, ob diese sich in Handlungen umsetzen oder nicht. Darüber hinaus ist — in übergeordneter Sicht — das in einer Gemeinschaft, z. B. einer Familie, herrschende bzw. sich einstellende Gefühlsklima von Bedeutung. Wichtig ist dabei der Aspekt des Funktionalen, der diesen Gefühlsbesetzungen innewohnt (wie dies ja im Begriff „Besetzung“ anschaulich zum Ausdruck kommt). Es handelt sich nicht um Zustände für sich, etwa im Sinne solitär-eigenschaftlicher Gegebenheiten, sondern um Gefühle mit Beziehungscharakter, mit Wirkungen und Rückwirkungen im sozialen Feld. Von dieser Ebene aus hatten wir versucht, sowohl die überdauernden Merkmale einer Persönlichkeit (Charaktereigenschaften), wie auch die mitgebrachten, konstitutionellen Determinanten als dynamisch-interaktionale Richtungen oder Muster des Erlebens zu interpretieren. Dabei ergeben sich, will man diesen Gedanken folgen, gewissermaßen drei Stufen der Abhängigkeit: 1. Erleben und Handeln als Äußerungsformen aktueller Interaktion. Hier ist das Befinden vorrangig abhängig gedacht von der Gesamtheit gegenwärtig ablaufender interaktionaler Prozesse. 2. Abhängigkeit des Erlebens von den vorhandenen Interaktionsbereitschaften einer Persönlichkeit. Dies wäre die Ebene der verinnerlichten („festgefrorenen“) interaktionalen Muster, die in früheren Beziehungsgruppen bestanden und (als Internalisierungen) auch späterhin fortbestehen bzw. bereitliegen. 3. Die Abhängigkeit von anlagemäßig mitgegebenen Formen des Reagierens auf je bestimmte soziodynamische Konstellationen. Wenn auch je nach Situation und Persönlichkeit verschieden, werden im Einzelfalle Einflüsse von allen Ebenen aus ins Spiel gelangen. Eine weitere Frage nun ist die, wie konkrete psychopathologische Symptome von hier aus verstanden werden können. Zunächst wäre darauf hinzuweisen, daß im Rahmen kommunikativer Abläufe neben den hier hervorgehobenen Gefühlsvorgängen (genauer gesagt, verbunden mit ihnen) auch noch andere Äußerungsformen auftreten, z. B. im Denk- und Vorstellungsbereich, im Ausdrucksverhalten, im Handeln

usw. Ausdruck und soziales Handeln (etwa im Sinne Parsons) stellen zwar die phänomenal sichtbarste Wirkung interaktionaler Abläufe dar, für Psychologie und Psychopathologie werden jedoch Auswirkungen in Dimensionen wie denen des Vorstellens, der Phantasie und auch des Denkens (Denkstörungen) fast ebenso wichtig. In diesem Sinne sind psychopathologische Symptome — in weitester Fassung gesehen — spezielle Weisen des Reagierens und Antwortens im Rahmen und im Vollzug von Interaktion. Wie immer so haben auch sie sowohl reaktiven wie auch adressiven Charakter (z. B. Angst als Reaktion und als adressiver Stimulus). Symptomcharakter gewinnen sie dadurch, daß sie aus dem Rahmen zu erwartender Äußerungen herausfallen, d. h. scheinbar nicht mehr von der Dynamik des jeweiligen kommunikativen Geschehens getragen sind. In tiefergehender Betrachtung lassen sie sich dann etwa verstehen als Auswirkungen frühkindlich internalisierter interaktionaler Antwortbereitschaften. Dabei sind dispositionale Momente im Sinne mitgebrachter oder anlagemäßiger Reaktionsweisen so gut wie immer beteiligt, z. B. Lachen und Weinen als angelegte Formen interaktionalen Reagierens (H. Plessner 1950). Die Frage, wie nun höchst krankhafte Symptome, etwa schizophrene Denkstörungen, verstehbar sind, wurde von manchem bekanntlich dahingehend beantwortet, daß auch ihnen ein direkter Stellenwert innerhalb dynamisch-kommunikativer Vollzüge zugeschrieben wurde (Th. Lidz u. Mitarb. 1958, 1965; Th. Lidz 1968). D. h. wie in Geisteskrankheit überhaupt, so versuchte man auch in solchen Symptomen direkte Äußerungsformen interaktionalen Geschehens zu sehen. Sie wurden z. B. gedeutet als eine von der Dynamik der Gruppe (Familie) her geforderte Entlastung irrationaler Bedürfnisse. Es mag fraglich erscheinen, ob derartig einlinig gedachte Wirkungszusammenhänge als Hypothese brauchbar sind. Der Komplexität der Verhältnisse entsprechend erscheint es angemessener, im Sinne obengenannter Überlegungen in derartigen Symptomen (also z. B. auch in Denkstörungen) gruppenspezifisch initiierte Wiederbelebungen sehr früher, primärprozeßhafter Interaktionsmuster zu sehen. Der vorgenannte Aspekt der direkten Gruppenwirkung würde übrigens hiervon nicht betroffen. In einer solchen Sichtweise, wie sie, wenn auch mit unterschiedlichen Akzenten, innerhalb der heutigen dynamisch-funktional denkenden Sozialpsychiatrie vertreten wird, erscheinen seelische Störungen und Krankheit dann als spezielle Äußerungsformen interaktionaler Prozesse und Interferenzen. Sie solitär, d. h. losgelöst vom bedingenden Feld zu betrachten und zu behandeln, muß (so konnte auch das Beispiel zeigen) unvollkommen bleiben.

Es ist eine interessante Frage, wie es wohl zu erklären ist, daß der Psychiatrie diese Zusammenhänge so lange Zeit verdeckt blieben, wurde doch fast der gesamte forschersische Scharfsinn darauf gerichtet, Symptome zu beschreiben, sie zu differenzieren, zu definieren usw. Diese Frage drängt sich um so eher auf, als seit langem sichtbar ist, daß die deskriptive Arbeit abgeschlossen ist und sich die Diskussionen fast nur noch um Nominaldefinitionen, um Zuordnungsprobleme usw. bewegen. Allerdings ist hier dem Eindruck vorzubeugen, als seien die genaue Beschreibung und Differenzierung dessen, was als Symptom sich zeigt, unwichtig. Schon allein im Hinblick auf die Erkennung organisch begründeter Psychosen ist dieses Instrumentarium nach wie vor von größter Bedeutung. Es geht hier lediglich um Fragen des richtigen Stellen-

wertes, der Einordnung dessen, was als Symptom sich zeigt, zu dem, was als tragender Grund dahintersteht.

Die Ursachen, die es schwer machen, den Blick vom individuellen Symptom zu lösen, sind wahrscheinlich vielschichtig. Zum Teil dürfte hier die Tradition der Gesamtmedizin, aus der heraus die Psychiatrie sich ja entwickelt hat, verantwortlich sein. In der Abgeschlossenheit der Arzt-Patient-Beziehung ist der Mediziner stets zur Einzelbetrachtung verführt. Darüber hinaus sind die Ideale wissenschaftlichen Arbeitens nach wie vor am Modell der klassischen, experimentell-objektzentriert vorgehenden Naturwissenschaften orientiert. Von Bedeutung wird ferner sein, unter welchem Gesichtswinkel der Psychiater dem seelisch Kranken gegenübertritt. Es ist dies eben die psychiatrische Klinik. Hier, losgelöst von häuslichen, beruflichen und allen sonstigen Bezügen, erscheint der Kranke vor dem Arzt. Unter solchen Umständen mag es schwer sein, die mögliche Bedeutung sozialer Einflüsse und Verhältnisse für die Entstehung von Krankheit zu erkennen. Als Analytiker ist man indes versucht, noch einen anderen, möglicherweise wichtigeren Grund zu vermuten. Gemeint ist die sicherlich nicht geringe Abwehrdienlichkeit der herkömmlich symptomzentriert vorgehenden Psychopathologie. Die hier geübte objektivierende Phänomenbetrachtung bietet gute Möglichkeiten, sich zu distanzieren, sich vor eigener Angst, Ohnmacht, Aggression, aber auch vor Mitleid und Schuldgefühlen zu schützen. Auch im Falle des dargestellten Beispiels zeigte sich, daß sowohl die von der Patientin ausgehenden Aggressionen, wie auch die dadurch geweckten Gegenaggressionen, mittels psycho-pathologischer Akribie abgefangen wurden. Wahrscheinlich ist die distanzierende Vergegenständlichung, die Versachlichung des Kranken zum „klinischen Fall“ eine der bevorzugten Formen, mit denen sich der Mediziner vor der Identifikation mit der Not seines Patienten und den von daher aufkommenden Angst- und Ohnmachtsgefühlen schützt. Es ist kaum verwunderlich, daß dies gerade in der Psychiatrie so ist. Nirgends sonst ist der Kranke in seiner Gesamtexistenz so bedroht wie hier. Hinzu kommt, daß der psychisch Kranke nicht selten archaische, tief im Unbewußten des Arztes gelegene Anteile aktiviert. Ein Umstand, der sich subjektiv etwa in Gefühlen der Unheimlichkeit und Abneigung äußert. Isolierung und Verobjektivierung seelischer Krankheit zum Symptom bieten zweifellos eine gute Möglichkeit, eigenen Emotionen zu entgehen oder sie zu beherrschen. Die Eingrenzung des Kranken in die Klinik, die Beschränkung der Forschung auf das, was hier unter — sozial gesehen — artifiziellen Bedingungen sichtbar wird, stellen ja gleichfalls eine Isolierung und Einengung dar.

Die sich ergebenden Konsequenzen für Forschung und Therapie liegen auf der Hand. Im Sinne des Programms moderner Sozialpsychiatrie muß die Forschung, wie oft gefordert, aus der Klinik heraustreten. Sie muß sich richten auf die Erfassung des sozialen Gesamtgefüges, in dem der Kranke lebt, auf die Formen und Fehlformen seiner kommunikativen Bezüge. Erst dann werden die Bedingungen sichtbar werden, von denen sein Kranksein getragen wird. Diesen Problemen gegenüber werden sich Beschaffenheit und Aussehen der schließlichen Symptome zu Fragen definitorischer Übereinkunft relativieren. Erst über die Kenntnis konkreter pathogener Interaktionen werden sich auch Ansatzpunkte für eine sinnvolle Therapie finden lassen. Sie werden liegen in

einer breiteren Entfaltung der Sozialtherapie, der Familien- und Gruppentherapie, der betrieblichen Beratung und Betreuung unter Einsatz psychodynamischer Kenntnisse, bis hin zu einer Gemeindepsychiatrie, wie sie in anderen Ländern teilweise bereits verwirklicht wurde.

Die Schwierigkeiten, die diesen Programmen entgegenstehen, sind nicht unbeträchtlich. Sie wurzeln hauptsächlich in der tradierten Krankheitsauffassung unserer Gesellschaft. Die von der Sozialpsychiatrie eingeleitete Umorientierung der Krankheitslehre, die sich daraus ergebende Umorientierung der Therapie, erfordert eine nicht minder grundsätzliche Änderung der Gesundheits- und Sozialpolitik. Viele der modernen sozialtherapeutischen Bemühungen scheitern z. B. am Unverständnis und Unvermögen der sozialen Versicherungsträger. Die plus-minus-gesund- oder krank-Klassifizierung mag für eine auf Gewinn bedachte Betriebsökonomie von Vorteil sein, sie ist es nicht für die Erfordernisse sozialtherapeutischen Denkens und Handelns. Wie sollen etwa rehabilitative, wie familientherapeutische Aktivitäten in wirksamem Umfange eingesetzt werden, wenn hierfür keinerlei versicherungsbzw. entschädigungsrechtliche Grundlagen vorhanden sind. Im übrigen beziehen sich diese Überlegungen nicht auf den Bereich der psychischen Krankheiten allein. Sie betreffen die Situation der Medizin überhaupt. Man denke nur an die enormen Zahlen psychosomatisch erkrankter Patienten, die täglich in den Arztpraxen erscheinen — von manchen zwischen 40 und 50% des Krankengutes überhaupt geschätzt — und die, statt nach den wirklichen Bedingungen zu fragen, mit irgendwelchen Medikamenten abgefunden werden, die ihrerseits Unsummen an Geld verschlingen. Außer der Industrie ist damit wohl niemandem gedient.

Im engeren Bereich der Psychiatrie wird man versuchen müssen, im Gespräch mit Sozialpolitikern, mit Trägern sozialer Organisationen und Institutionen das Bewußtsein für diese Probleme zu wecken, um so allmählich Abhilfe zu schaffen. Was die Forschung anbetrifft, so liegt hier ebenfalls ein weites Feld offen. Zu bearbeiten gilt es Fragen der spezifischen Gefährdungspunkte dynamischer Beziehungsgefüge, gewissermaßen die „sozialen Wetterwinkel“ für die Entstehung psychischer Störungen. Es gilt, typische Konfliktkonstellationen im Binnenraum von Familie, Gruppen, Betrieben zu untersuchen, die Bedingungen ihrer Entstehung, ihre Abhängigkeit von Außeneinwirkungen usw. Die Klärung all dieser und weiterer Fragen ist für die Psychiatrie in ihrem heutigen Entwicklungsstand von tragender Bedeutung. Diese Aufgaben können allerdings nicht von ihr allein geleistet werden. Im Sinne moderner Wissenschaftsplanung bedarf es hierzu der Hilfe anderer Wissenschaften, vor allem der Soziologie und der empirischen Sozialforschung. In einer gemeinsamen Arbeit wird es darum gehen, Modelle zu entwickeln, Befunde zu erarbeiten, die sich auf psychiatrische Probleme anwenden lassen und die dabei helfen können, Möglichkeiten für eine sinnvolle Therapie und — was vielleicht noch wichtiger ist — für eine wirksame Prävention zu schaffen.

### *Zusammenfassung*

Der herkömmlich symptomzentriert vorgehenden Psychopathologie wird Sozialpsychiatrie als Wendung zu einer soziodynamisch, auf Vorgänge der Kommunikation und Interaktion hin orientierte Krankheitsauffassung gegenübergestellt. Stand bisher das Symptom und seine Differenzierung im Mittelpunkt, so werden nunmehr die Beziehungen des Kranken zu seiner Umwelt und umgekehrt zu führenden Kriterien. Die Notwendigkeit einer Pathologie der sozialen Kommunikation, einer Soziopathologie, wird hervorgehoben. Sozialpsychiatrie betrachtet seelische Krankheiten nicht mehr als eine Angelegenheit des Kranken allein, sondern als Problem seiner Familie, Gruppe, ja seiner sozialen Umwelt im weitesten Sinne. Psychiatrische Ursachenforschung wird ins Auge fassen müssen, daß vom Patienten aus gesehen entfernte Faktoren, z. B. Einflüsse scheinbar gesunder Außenpersonen, als bedingende Ursachen für Krankheit in Frage kommen können. Die Konsequenzen für Diagnostik und Therapie liegen auf der Hand (Familientherapie, Gruppentherapie, psychohygienische Beratung sozialer Institutionen und Organisationen etc.). Anhand eines Beispiels aus dem klinischen Alltag werden die verschiedenen hier zu berücksichtigenden Faktoren, insbesondere die Bedeutung gestörter familiärer Interaktionen, für die Entstehung von Krankheit aufgezeigt. Die Theorie der Beziehung zwischen individuell-krankheitsbedingenden Faktoren (Charakter, Konstitution) und sozialdynamisch interaktionalen Einflüssen wird — am Beispiel der kontroversen Sichtweisen von Freud und Parsons — diskutiert. Es wird versucht, die Gegensätze zwischen eigenschaftlich-dispositionalen und dynamisch-funktionalen Bedingungen als Folge vorabgesetzter Annahmen aufzulösen und zugunsten eines einheitlichen dynamischen Modells umzuformulieren. Die durch Sozialpsychiatrie eingeleitete Blickwendung von einem materiellen Symptomdenken zu einem reflexiven Durchdringen dynamisch interaktionaler Vorgänge muß als Teil eines übergreifenden, geistesgeschichtlich zu deutenden Auffassungswandels verstanden werden. Die Aufgaben, die sich von hierher der Psychiatrie in der Zukunft stellen, können, insbesondere was die Forschung anbelangt, kaum von ihr allein gelöst werden. Es bedarf hierzu der Zusammenarbeit vieler Wissenschaftsgebiete (Psychiatrie, Psychoanalyse, Soziologie, Sozialpsychologie, empirische Sozialforschung). Abschließend sei darauf hingewiesen, daß die klassische Psychopathologie, unbeschadet der Relativierung, die sie durch den sozialpsychiatrischen Denksatz erfährt, als diagnostisches Instrument — z. B. was die Abgrenzung körperlich begründbarer Psychosen anbelangt — nach wie vor von Bedeutung sein wird.

### **The Contribution of Social Psychiatry to a New Understanding of Mental Disease**

W. Schumacher

In opposition to the traditional psychopathology, which is based upon the study of symptoms, social psychiatry is oriented toward a sociodynamic comprehension of mental illness, considered as a disturbance of communication and interaction processes. Instead of looking at the symptom and its differentiation as the central point, the main criteria will be the relationship of the patient to his environment and vice versa. The author shows how necessary is the study of the pathology of social communication, i. e., of social pathology. Social psychiatry does not regard mental disease as the concern of the patient alone, but as a problem touching his family or his group, in a widest sense his environment. In the search for the causes of illness, social psychiatry takes in consideration factors which are independent from the patient, e. g. influences of other persons apparently normal, and which can be the determining causes of the illness. As a result, new methods of diagnosis and therapy

will be applied: family-therapy, group-therapy and psychohygienic consultation for social institutions and organizations. The author brings a clinical case which shows the different determining factors, particularly, the importance of disturbed interaction in the family which leads to the outburst of the illness.

The author discusses the theory of the relationship between individual factors (character, constitution) and the influence of sociodynamic interaction, in connection with the controversial viewpoints of Freud and Parsons. He tries to resolve the contradiction between personal-dispositional and dynamic-functional conditions and to formulate a unifying theoretical dynamic model. The change of perspective, introduced by social psychiatry, from a material thinking about symptoms to the reflection upon dynamic interactional processes is an aspect of a more general change in the way of understanding mental phenomena. The new tasks of psychiatry, especially in the field of research, can hardly be undertaken by it alone. Cooperation of several disciplines is needed: psychiatry, psychoanalysis, sociology, social pathology and empirical social sciences. The author notes finally that classical psychopathology in spite of its limitation by the new concept, remains an important instrument for diagnosis e. g. in the determination of psychoses based upon physical factors.

### Literatur

- Bergmann, J. F. (1967): Die Theorie des sozialen Systems von Talcott Parsons (Frankfurt/Main:Europäische Verlagsanstalt).
- Bornstein, St. (1934): Unbewußtes der Eltern in der Erziehung der Kinder, in: Zeitschr. für Psychoanalytische Pädagogik, H. 8, 1934.
- Ehrenwald, J. (1963): Neurosis in the Family and Patterns of Psychosocial Defence (New York: Harper).
- Geiger, Th. (1953): Ideologie und Wahrheit (Stuttgart/Wien: Humboldt).
- Lidz, Th., Fleck, St., Cornelison, A. R., Terry, D. (1958): The Intrafamilial Environment of the Schizophrenic Patient, in: Am. Journal of Orthopsychiatry, No.28.
- (1965): Schizophrenia and the Family (New York: Int. Univ. Press).
- Lidz, Th. (1968): Familie, Sprache und Schizophrenie, in: Psyche, Jahrg. 22, 1968.
- Lorenzer, A. (1970): Freud und der Beginn einer psychoanalytischen Sozialpsychologie, in: Psyche, Jahrg. 24.
- Parsons, T. (1964): Sozialstruktur und Persönlichkeit (Frankfurt/Main: Europäische Verlagsanstalt, 1968).
- Plessner, H. (1950): Lachen und Weinen. Eine Untersuchung nach den Grenzen menschlichen Verhaltens (Bern/München: Francke).
- Richter, H. E. (1970): Patient Familie (Reinbek/Hamburg: Rowohlt).
- (1960): Die narzisstischen Projektionen der Eltern auf das Kind, in: Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 1 (Köln/Opladen: Westdt. Verlag).
- (1967): Die Familie in der Psychologischen Medizin, in: Praxis der Psychotherapie, Jahrg. 12.
- (1968): Probleme der Familientherapie, in: Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 5 (Bern/Stuttgart: Huber).
- (1968): Familientherapie, in: Psychotherapy and Psychosomatics, Vol. 16.
- (1966): Zur Theorie und Therapie von Familienneurosen aus psychoanalytischer Sicht, in: Der Nervenarzt, Jahrg. 37.

- Ryle, A. (1965): *Neurosis in the Ordinary Family* (London: Tavistock).
- Schumacher, W. (1963): *Geistesgeschichtliche Betrachtungen zur Entwicklung der verstehenden Psychopathologie*, in: *Der Nervenarzt*, Jahrg. 34
- (1969): *Über verschiedene Techniken der psychiatrischen Exploration und ihre Anwendungsbereiche*, in: *Dyn. Psych.*, H. 1/2, Jahrg. 2.
- Schwanenberg, E. (1970): *Soziales Handeln. Die Theorie und ihr Problem* (Stuttgart/Bern: Huber).
- Whorf, B. L. (1963): *Sprache, Denken, Wirklichkeit. Beitrag zur Metalinguistik und Sprachphilosophie* (Reinbek: Rowohlt).
- Williams, F. S. (1967): *Family Therapy: A Critical Assessment*, in: *Am. Journal of Orthopsychiatry*, Vol. 37.
- Wynne, L. C. (1965): *Some Indications and Contraindications for Exploratory Family Therapy*, in: *Boszormenyi-Nagy, Framo, J. W.: Intensive Family Therapy* (New York: Harper).

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. Dr. med. W. Schumacher  
Psychiatr. Univ.-Klinik Düsseldorf  
Abtlg. f. Psychohygiene  
4 Düsseldorf  
Bergische Landstraße 2

# Von der psychoanalytischen Standardmethode zur analytischen Gruppenpsychotherapie

## Überlegungen zu Gemeinsamkeiten und Differenzen

Günter Ammon

Im folgenden sollen Gemeinsamkeiten und Differenzen von klassischer Psychoanalyse und analytischer Gruppenpsychotherapie diskutiert werden. Ihre spezifischen Indikationen, die Veränderung und Erweiterung der psychoanalytischen Arbeit durch die Gruppe und die Möglichkeiten, beide Therapieformen sinnvoll miteinander zu verbinden.

Die Standardsituation der Psychoanalyse wurde entwickelt, um psychische Konflikte bis in ihre unbewußten Inhalte verfolgen und deren Dynamik ergründen zu können. Die Einsicht, welche Patient und Therapeut im Verlauf des analytischen Prozesses in diese Inhalte und ihre Dynamik gewannen, sollte den Weg zu einer Veränderung des Verhaltens freilegen. Von Anfang an aber waren die Analytiker konfrontiert mit der Tatsache, daß nur ein beschränkter Personenkreis in der Lage ist, sich einer Psychoanalyse zu unterziehen. Die Analyse ist an psychische Voraussetzungen geknüpft, die keineswegs immer gegeben sind. Ein starker Leidensdruck und die Fähigkeit zum Arbeitsbündnis mit dem Therapeuten sind gefordert, d. h. aber, daß der Analysand über eine ausreichende Ich-Autonomie verfügen muß, welche es ihm ermöglicht, mit Hilfe des Analytikers sich der Erfahrung der andrängenden Inhalte des Unbewußten auszusetzen, ohne psychisch zu desintegrieren. Die enge Beschränkung, welche die genannten Bedingungen der psychoanalytischen Praxis auferlegen, fiel weniger ins Gewicht, solange es vor allem darum ging, die Realität und Dynamik des Unbewußten sozusagen exemplarisch immer wieder unter Beweis zu stellen, d. h. für die Anfänge der Psychoanalyse. In dem Maße aber wie die Erkenntnisse der Psychoanalyse allgemein zum Faktor menschlichen Selbstverständnisses und menschlicher Selbsterfahrung zu werden beginnen, hat zwischen der Universalität psychoanalytischer Erkenntnisse und der Beschränktheit ihrer Anwendungsmöglichkeiten ein Widerspruch sich aufgetan, den wir immer schmerzlicher zu spüren beginnen.

Freud selbst war weit davon entfernt, die therapeutische Situation, welche er für die Erforschung und Bearbeitung neurotischer Erkrankung entwickelt hatte und die als Standardsituation bekannt ist, als die allein und immer richtige zu verabsolutieren. Die fundamentale Entdeckung der Dynamik des Unbewußten erschöpfte sich für ihn nicht in ihrer Anwendung auf das Studium der neurotischen Reaktion. Er selbst war im Gegenteil der Meinung, — und die Entwicklung seiner Arbeit bezeugt dies, — daß die Form praktischer Arbeit ebenso wie die theoretischen Konstruktionen ihr Kriterium in der Anwendbarkeit auf die tatsächlichen Probleme finden, mit denen Psychiatrie und Psychoanalyse sich konfrontiert sehen. In diesem Sinne hat Rapaport (1961) einmal bemerkt, die Therapie sei für den Patienten da und nicht umgekehrt der Patient für die Therapie. Bezogen auf die Entwicklung der psychoanalytischen Praxis heißt dies, daß dort, wo wir auf Patienten stoßen, denen wir in der Standardsituation nicht helfen können, wir unsere Arbeitsweise und die



therapeutische Situation so verändern müssen, daß die Patienten ihre Konflikte darin wiedererleben und an ihrer Heilung arbeiten können.

Die psychoanalytische Praxis hat daher schon früh nach Möglichkeiten gesucht, ihren Radius erweitern und auch dort ihre Erkenntnisse in der Therapie zur Anwendung bringen zu können, wo die Standardsituation dem Patienten nicht angemessen schien. Hier ist vor allem zu denken an Ernst Simmel (1929; 1936), der sich um die Entwicklung psychoanalytischer Milieuthérapie bemühte, eine Arbeit, die später in den Vereinigten Staaten an der Menninger-Klinik fortgesetzt wurde, an die Arbeit Anna Freuds (1927; 1936; 1968) zur Entwicklung der psychoanalytischen Kinderarbeit und an die Entwicklung der psychoanalytischen Gruppenpsychotherapie besonders durch Foulkes (1948; 1957; 1964).

Die Veränderung der therapeutischen Situation war verbunden mit einer Veränderung der therapeutischen Arbeitsweise. Um ein vereinfachendes Bild zu benutzen: Die Standardsituation wurde entwickelt als ein Instrument zum Studium des intrapsychischen Konflikts, als eine Art Mikroskop, welches um so klarer Bilder unbewußter Prozesse liefert, je vollständiger die äußere Realität ausgeblendet werden kann. Der Einblick, den dieses Mikroskop uns in die Struktur und Dynamik psychischer Prozesse gewährte, hat unser Wahrnehmungsvermögen auch für andere Situationen als die der klassischen Analyse geschärft und auch die Direktbeobachtung verändert. Das erste bedeutende Beispiel hat Freud (1900; 1905; 1908; 1917; 1923; 1924) selbst mit der Entdeckung der infantilen Sexualität gegeben. Mit dem Fortschreiten der psychoanalytischen Forschung von der Trieb- zur Ich-Psychologie und zur psychoanalytischen Gruppenforschung hat diese Technik der verfeinerten Direktbeobachtung immer mehr an Gewicht gewonnen.

Anna Freud (1968) hat darauf hingewiesen, daß die analytische Methode gleichzeitig zwei Zielen diene, der Therapie und der Forschung. „Wo wir auf sie verzichten, verzichten wir auch auf ein weiteres Vordringen in die noch dunklen Gebiete der . . . Psychopathologie.“ Das muß erweitert werden. Die veränderte therapeutische und analytische Situation verändert die Arbeits- und Erfahrungsweise und führt zu neuen Erkenntnissen, die deshalb nicht weniger analytisch sind, weil sie nicht in der orthodoxen Weise gewonnen wurden. Uns beschränken zu wollen auf eine einzige Erfahrungsweise und alle anderen Möglichkeiten auszuschließen oder als minderrangig abzuwehren, hieße, sich vor der Wirklichkeit verschließen. Die psychoanalytische Forschung kann sich nicht darauf beschränken, die Genese psychischer Strukturen zu erforschen in einer Situation, welche deren weitgehend abgeschlossene Entwicklung schon voraussetzt, sondern das Wissen, was sie so gewonnen hat, sollte sie anwenden, um den Entstehungsprozeß selbst beobachten, bzw. seine pathologische Arretierung beseitigen zu können. Dies ist geschehen in den wichtigen Arbeiten Anna Freuds (1927; 1936; 1968), Eriksons (1951), Spitz (1959; 1960; 1967) u. a., welche mit Hilfe der verfeinerten Direktbeobachtung das psychoanalytische Wissen über die Ich-Entwicklung vielfältig erweitert haben. Auf der anderen Seite wurden Formen der psychoanalytischen Therapie für Patienten entwickelt, deren Ich-Autonomie zu wenig ausgebildet ist, als daß sie ihre Konflikte beobachtend reflektieren, auf der Couch analysieren oder

aber Übertragungsphänomene verstehen könnten. Diese Therapieformen, die psychoanalytische Milieuthherapie und die analytische Gruppenpsychotherapie, in vielen ihrer Aspekte, arbeiten direkt, d. h. benützen verschiedene Weisen, den Patienten mit seinen Konflikten so zu konfrontieren, daß seine ausagierte Krankheit ihm als eigener psychischer Konflikt bewußt und als solcher dann durchgearbeitet werden kann. Das Prinzip dieser Formen der psychoanalytischen Direkttherapie können wir allgemein so benennen: Wo der unbewußte psychische Konflikt sich nicht, wie im Falle der neurotischen Reaktion, darstellt in Form des isolierten Symptoms, der Zwangsvorstellung usw., sondern in die ganze Lebenssituation hinein ausgelebt wird und diese chaotisiert, da kann auch die therapeutische Situation sich nicht isolieren von der Lebenssituation der Patienten, sondern muß dieselbe so weit wie möglich zu umfassen suchen (Ammon 1959).

Die psychoanalytische Milieuthherapie geht auf diesem Weg am weitesten. Hier sind Lebenssituation und therapeutische Situation beinahe identisch. Die analytische Gruppenpsychotherapie geht nicht ganz so weit, sie ist als ambulante Behandlung möglich. Doch auch die therapeutische Gruppe hat Milieucharakter, d. h. sie bietet die Möglichkeit der Konfrontation. Die Gruppe stellt dem einzelnen Patienten vielfältige Übertragungsmöglichkeiten bereit und kommt damit seinem Bestreben entgegen, seine Mitmenschen agierend zu Statisten seiner unter der Herrschaft des Wiederholungszwanges ausgelebten Konfliktsituation zu machen. Andererseits setzt die Gruppe diesem Bestreben aber Widerstand entgegen, indem sie die Übertragungen aufdeckt. Denn die Mitpatienten sind zugleich Übertragungsfiguren und Hilfstherapeuten (auxiliary egos).

Mit allen Formen psychoanalytischer Praxis haben daher auch die psychoanalytische Milieuthherapie und die analytische Gruppenpsychotherapie gemeinsam, daß sie das kranke Verhalten in eine kontrollierte Situation bringen, worin es gefahrlos ausgelebt werden kann, um erkannt, in seiner Genese aufgeklärt und verändert werden zu können .

Ich möchte nun an einigen Fallbeispielen Möglichkeiten und Grenzen der verschiedenen therapeutischen Situationen, welche die psychoanalytische Praxis bereitstellt, zeigen, daraus die jeweils spezifischen Indikationen erarbeiten und schließlich an zwei Beispielen zeigen, wie eine sinnvolle Kombination verschiedener Behandlungsformen möglich und wann eine solche Kombination indiziert ist.

Ich stütze mich bei diesem Versuch auf die Erfahrung, welche ich während langer Jahre in der Menninger-Klinik auf den Gebieten der psychoanalytischen Milieuthherapie und der klassischen Einzelanalyse habe sammeln können. In meiner Berliner Praxis habe ich seit einigen Jahren die Möglichkeit, durch die Beobachtung von Patientenkindern im Psychoanalytischen Kindergarten des Lehr- und Forschungsinstitutes für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik, Berlin (LFI) die pathogene Familiendynamik als ganze überblicken und in ihrer Entwicklung verfolgen zu können. Die Erfahrung, welche ich in meiner Praxis über die Wirkungsweise der drei angeführten Therapieformen auf die nachholende Ich-Entwicklung meiner Patienten sammelte, konnte ich daher ergänzen durch die direkte Beobachtung von Familiensituationen, in

denen die Ich-Entwicklung der Kinder arretiert worden war. Dabei konnte ich feststellen, daß sobald die Eltern in der Therapie eine nachholende Ich-Entwicklung beginnen konnten, d. h. ihre Konflikte wirklich bearbeiteten, statt sie den Kindern gegenüber auszuleben, die Ich-Arretierung bei den Kindern aufhörte (Gisela Ammon 1969; Günter Ammon 1970).

Die Schwierigkeiten, in welche die Psychoanalyse gerät, wenn sie die Standardmethode starr appliziert auf Konfliktsituationen, die in ihrem Rahmen nicht bearbeitet werden können, möge das folgende Beispiel illustrieren:

Ein 34 Jahre alter Chemiker suchte meine Praxis auf, ein halbes Jahr nachdem er eine zehnjährige klassische Analyse „abgeschlossen“ hatte. (Nach 10 Jahren kann man nicht mehr von einem Abbruch sprechen, obgleich das in diesem Fall richtiger wäre). Er klagte über eine nach wie vor unveränderte Kontaktlosigkeit zum anderen Geschlecht und über schwerste Arbeitsstörungen. Als Erfolg der Analyse gab er an, daß frühere schwere Depressionen aufgehoben worden waren.

Er war jüngster Sohn einer rigiden Beamtenfamilie. Die zwangshafte Mutter hatte keinen Raum für die Erfüllung emotionaler Bedürfnisse gehabt. „Ordnung und Sauberkeit“ hatten das emotionale Klima der Familie bedrückt, und den kindlichen Bedürfnissen war mit Abwehr und Verständnislosigkeit begegnet worden.

Seine 10jährige Analyse beschrieb der Patient als ein ständiges Hick-Hack zwischen ihm und der zugeknöpften Analytikerin. Sie hatte ihn ständig damit konfrontiert, daß er zuviel fordere, daß er von ihr ebenso wie von der Mutter verlange, was er nicht bekommen könne, daß er einfach nicht zufriedenzustellen sei.

In der therapeutischen Gruppe wurde deutlich, daß dieser Patient unter dem Wiederholungszwang durch das Leben ging, die Aufmerksamkeit der Mutter und deren Liebe zu gewinnen.

Der Mißerfolg der klassischen Analyse in der Behandlung dieses Problems hat meines Erachtens folgende Ursachen:

1. Der Patient hatte durch eine gefühlkalte, seine Ich-Entwicklung blockierende Mutter eine frühe narzißtische Schädigung erfahren, die so schwer war, daß es ihm unmöglich war, das Übertragungsphänomen in der Analyse zu begreifen.
2. Diese Schwierigkeit wurde dadurch verschärft, daß die Analytikerin ihre Gegenübertragung nicht analysierte und sich genauso verhielt wie die Mutter.
3. Die gesamte Familiendynamik blieb ausgespart, und der Patient wurde für seine neurotische Fehlentwicklung allein verantwortlich gemacht.

So war es zwar möglich, die Depression und das damit verbundene Gefühl der inneren Leere durch die Herstellung der verstümmelten Objektbeziehung eines Hick-Hack-Verhältnisses zur Analytikerin zu beseitigen. Im ganzen jedoch blieb der therapeutische Prozeß arretiert und trat bis zu seinem „Abschluß“ 10 Jahre lang auf der Stelle.

Die anschließende Gruppenpsychotherapie nahm einen erfolgreichen Verlauf. Nach und nach wurde durch die mannigfaltigen Projektionen des Patienten auf die anderen Gruppenmitglieder deutlich, welche große Rolle der kranke Organismus der Familie in der Pathogenese des Patienten gespielt hatte, der seiner Familie sozusagen als Organ ihrer Krankheit gedient hatte. Die Zersplitterung der Übertragung in der Gruppe erlaubte es dem Patienten, seine starke Übertragungsangst zu überwinden und sein Übertragungsbedürfnis wahrzunehmen. Andererseits ermöglichte die offene Kontrollsituation die Aufdeckung und Korrektur der provozierten Gegenübertragungspheänomene. Ein Festfahren des therapeutischen Prozesses konnte dadurch verhindert und die Therapie nach 2 Jahren mit Erfolg abgeschlossen werden.

Der Patient konnte sich nun erstmalig erlauben, sexuellen Kontakt zu einer Partnerin aufzunehmen und erfolgreicher zu sein als sein depressiv einzeltäterischer Vater. Die gruppenpsychotherapeutische Arbeit konnte dabei aufbauen auf die intensive Erfahrung in der klassischen Analyse, welche dem Patienten zwar nicht zu einer tatsächlichen Bearbeitung seiner Konflikte verholfen hatte, aber doch auch nicht spurlos an ihm vorübergegangen war.

Den Wendepunkt im Behandlungsprozeß dieses Patienten bildete eine Gruppensituation, in der Therapeut und Gruppe konstatierten, daß der Patient eine sehr gestörte Mutter gehabt habe und daß es sehr schwer gewesen sein müsse, mit ihr zu leben. Von diesem Zeitpunkt an, hörte das bisherige feindselige und provozierende Agieren des Patienten plötzlich auf. Er sagte: „Ich habe all die Jahre nach Verständnis gerufen, jetzt habe ich es zum ersten Mal bekommen.“

Eine Psychoanalyse, welche in der Standardsituation mit Empathie die Familiengeschichte mit durcharbeiten würde, welche im Gegensatz zur Kindheit dem Patienten Glauben schenkte und ihn zunächst einmal freisprache von der Alleinschuld an seiner Neurose, um sich dann mit ihm gemeinsam den Konflikten zuzuwenden, mit denen er sich herumträgt, könnte meiner Erfahrung nach hier helfen, vorausgesetzt, daß der Patient über eine ausreichende Ich-Autonomie verfügt. Bei den Patienten, welche diese Ich-Autonomie nicht mitbringen, welche weder einen emotionellen Abstand zu der Welt der inneren Vorstellungen und Erlebnisse gewinnen können, noch sich freimachen können vom Angeklatschtsein an die Oberfläche der Tageswelt, da ist meines Erachtens die analytische Gruppenpsychotherapie der einzige Weg, dem Patienten durch die Gruppenstruktur die nötige Sicherheit und Autonomie zu verschaffen, um im handgreiflichen Hier und Jetzt der lebendigen Übertragungsercheinungen in der Gruppe seine Konflikte wiedererleben und durcharbeiten zu können.

Aus dem bisher Gesagten ergibt sich die Konsequenz einer divergierenden Indikationsstellung für die klassische Analyse und die analytische Gruppenpsychotherapie. Ich habe diese Position an anderer Stelle wiederholt formuliert (zuletzt Ammon 1969a, b; 1970a). Die folgende Tabelle ist ein Versuch, die Unterschiede in der therapeutischen Situation und die daraus sich ergebenden Unterschiede in der Arbeitsweise einander gegenüberzustellen.

<i>Psychoanalyse</i>	<i>Analytische Gruppenpsychotherapie</i>
1. Zwei Personen.	Mehrere Personen.
2. Ein Therapeut, ein Patient.	Therapeut und mehrere Patienten, die auch kotherapeutische Funktion haben als „auxiliary egos“ füreinander und für den Therapeuten. Kontrolle der Gegenübertragung.
3. Artificielle Zweiersonnen. Der Therapeut als ein Spiegel für das Unbewußte des Patienten.	Reale gesellschaftliche Gruppensituation. Viele Spiegel, darunter trübe und klare.
4. Gesehenwerden ohne zu sehen für den Patienten. Sehen ohne Gesehenwerden für den Therapeuten. Gefahr der unkontrollierten Gegenübertragung.	Sehen und Gesehenwerden für Patienten und Therapeuten gleichermaßen. Der Therapeut als „participant observer“.

- |     |  |  |  |
|-----|--|--|--|
| 5.  | Rollenfixierung in feste Therapeuten- und Patientenrolle. Keine rivalisierende Auseinandersetzung, sondern Einzelkindsituation.    |  | Keine Rollenfixierung in Therapeuten- und Patientenrollen. Rivalisierende Auseinandersetzung mit der Möglichkeit der Fraktionsbildung und -auseinandersetzung. Möglichkeit des Rollenwechsels. |
| 6.  | Einsicht in den eigenen Konflikt setzt Einsicht in den eigenen Widerstand und dessen Auflösung voraus.                             |  | Einsicht in die eigenen Konflikte ist möglich durch Einsicht in die Konflikte anderer (Wiedererkennen). Verfestigte Abwehrformen können in der Gruppe dadurch umgangen werden.                 |
| 7.  | Agieren wird als Störfaktor des therapeutischen Prozesses unter Herrschaft des Widerstandes interpretiert.                         |  | Agieren wird in die Gruppensituation integriert und wird zum therapeutischen Vehikel.  |
| 8.  | Starke destruktive Affekte nur begrenzt tragbar.   |  | Starke destruktive Affekte können aufgefangen und bearbeitet werden.   |
| 9.  | Konflikte werden erlebt als Ausdruck individuellen Versagens, damit verbunden sind Schuldgefühle.                                  |  | Konflikte werden erlebt als Ausdruck eines pathogenen Gruppenprozesses, an dem die Einzelnen teilhatten. Das Schuldgefühl wird geteilt.  |
| 10. | Die Übertragungsneurose wird direkt induziert und konzentriert sich auf den Therapeuten. Starke Übertragungsangst nicht aufhebbar. |  | Zersplitterte Übertragung auf den Therapeuten und die Gruppenmitglieder. Starke Übertragungsangst dadurch auflösbar.   |
| 11. | Regression von Libido- und Ich-Entwicklung zur Aufhebung der Verdrängung.  |  | Wiedererleben im Hier und Jetzt der Gruppensituation. Konfrontation und Reflexion.   |
| 12. | Nur ein Helfer, der allein entlohnt wird.  |  | Mehrere Helfer, gemeinsame Entlohnung des Therapeuten bzw. der therapeutischen Institution.  |

Wie wir sehen beruht die differierende Indikation der beiden Therapieformen auf ihrer unterschiedlichen Dynamik. Die Standardsituation ist angelegt als eine Einladung zur Regression, die Couchtechnik verbunden mit der schweigenden Zurückhaltung des Analytikers erzeugt in der Regel eine Übertragungsneurose, begleitet von einer Regression von Libido- und Ich-Entwicklung bis zum Fixierungspunkt der neurotischen Fehlentwicklung. Voraussetzung ist eine ausreichende Ich-Autonomie, Ziel ist, die Verdrängung der pathogenen Konflikte aufzuheben. Der therapeutische Weg führt durch die intensive und kontinuierliche Durcharbeitung des intrapsychischen Konflikts zur Reintegration eines erweiterten Ichs. Im Zentrum der Bemühungen steht in diesem Prozeß der intrapsychische Konflikt. Zugunsten der Realität dieses inneren Konflikts tritt die äußere Realität in den Hintergrund, wie der Analytiker selbst, der sich dem Patienten als Spiegel, als Projektionsleinwand anbietet. Die äußere Realität wird systematisch ausgeblendet, bzw. dort, wo sie auftaucht, wird ihre Erfahrung bezogen auf die Positionen des zentralen intrapsychischen Konflikts.

Die Dynamik des Prozesses in der therapeutischen Gruppe ist eine andere. Als eine Vielpersonensituation mit der Öffentlichkeit des Sehens und Gesehen-

werdens ist die Gruppe a priori eine soziale Realität. Sie präsentiert als soziale Realität die Gesellschaft in der therapeutischen Situation. Wenn die Standardsituation die mit ausreichender Ich-Autonomie strukturell gegebene Realitätsfähigkeit voraussetzt und deren neurotische Einschränkung durch die kontrollierte regressive Auflösung der Ich-Strukturen zu beseitigen sucht, dann dient die analytische Gruppenpsychotherapie gerade jenen Patienten, deren eingeschränkte Ich-Autonomie ihre Konflikte relativ offen hervortreten läßt, für den Beobachter, nicht für sie selbst. Es handelt sich um die Gruppe der sogenannten Psychopaten (Kurt Schneider 1962), ich ziehe es vor, von Borderline-Patienten zu sprechen. Die Standardsituation wäre bei diesen Patienten streng kontraindiziert, weil sie den Patienten nur stärker in die Krankheit und die Überflutung durch unbewußtes Material drängen würde, bzw. ihn zwingen würde, an seinen archaischen Abwehrmechanismen festzuhalten. Die Gruppensituation mit ihren vielen „auxiliary egos“ konfrontiert den einzelnen Patienten mit seinem Verhalten. Diese Konfrontation ist eine andere als die Spiegelung in der klassischen Analyse. Der Analytiker schweigt, und der Patient wird immer wieder zurückgeführt auf seine eigenen Übertragungen und Projektionen. In der therapeutischen Gruppe sind Therapeut und Gruppenmitglieder aber nicht nur Spiegel, Projektionsanlässe, sondern aktive Teilnehmer in einem interpersonalem Kommunikationsprozeß.

Die Konfrontation mit der als Gruppenstruktur immer gegenwärtigen sozialen Realität — eine eingeschränkte und kontrollierte Realität — ist für den Patienten unmittelbar und unausweichlich. Die Mitglieder der Gruppe tragen ihre inneren Konflikte auf der Bühne der Gruppensituation aus, die inneren Konflikte werden dadurch zu äußeren, anschaulichen Konflikten. Im therapeutischen Prozeß der Gruppeninteraktion werden die auf dieser Bühne erscheinenden Konflikte verstanden und durchsichtig gemacht als Ausdruck der inneren Konflikte sowohl des einzelnen Patienten wie auch der Gruppe als ganzer. Die inneren Konflikte der Patienten und der ganzen Gruppe, deren Farbe, Konturen und Dynamik im Verlauf dieses Prozesses allmählich immer deutlicher hervortreten, werden verstanden als Ergebnis und Ausdruck konfliktuöser Lebenssituationen in der frühen Lebensgeschichte der Patienten.

Der therapeutische Prozeß vollzieht sich daher in einer dialektischen Bewegung zwischen sozialer Realität der Gruppe und der Realität der inneren Konflikte ihrer Mitglieder, die ihre jeweils eigene Geschichte haben. Im Hier und Jetzt der Gruppe sind beide Momente der Situation immer präsent, sie werden miteinander vermittelt durch die Interpretation, an der alle Mitglieder der Gruppe beteiligt sind. Hierin, in der gemeinsamen Interpretation des Hier und Jetzt, des gelebten Augenblicks und seiner Geschichte, geschieht die therapeutische Arbeit.

Bei der neurotischen Reaktion bewirkt die pathogene Verdrängung eine Distanz zur Welt inneren Erlebens, welche durch die Regression in der Analyse aufgelöst und elastischer organisiert werden soll. Den schwergestörten Patienten in der therapeutischen Gruppe stellt ihr unentwickeltes Ich nur archaische Abwehrformationen bereit, besonders die beiden Formen der Überanpassung nach innen und nach außen. Durch Konfrontation und Reflexion ermöglicht es die Gruppensituation diesen Patienten, ihre abwehrenden und kontrollie-

renden und ihre schöpferischen Ich-Tätigkeiten zu differenzieren und miteinander zu integrieren.

Die klassische Analyse konzentriert sich auf die Erforschung und Bearbeitung des intrapsychischen Konflikts und beginnt im Verlauf der langandauernden Durcharbeitung dieses Konflikts, die äußere Realität allmählich in die Analyse miteinzubeziehen. In der analytischen Gruppenpsychotherapie dagegen geht es zunächst einmal darum, den Patienten die Tatsache, daß in ihrem Verhalten unbewußte Konflikte sich ausdrücken, konfrontierend vor Augen zu führen und ihnen auf dieser Basis mit Unterstützung durch die „auxiliary egos“ der teilnehmenden Gruppe die introspezierende Arbeit zu ermöglichen. Daran sind neben dem Therapeuten alle Mitglieder der Gruppe beteiligt, verbal und non-verbal. Was sie tun, ist immer ein Kommentar zu ihrer eigenen und zur Gruppensituation.

Die Gruppe lernt im Laufe ihrer Arbeit diese Kommentare zu verstehen, sie wird vertraut mit ihrer eigenen Dynamik als Gruppe und mit den spezifischen Weisen, in denen die einzelnen Mitglieder daran beteiligt sind. Die Beobachtung dieser spezifischen Dynamiken und der Reaktionen von Einzelnen und der ganzen Gruppe darauf führt zu einer allmählich sich vertiefenden Einsicht in die unbewußten Konfliktkonstellationen der Gruppenmitglieder.

Je fester und differenzierter der Zusammenhang aus Verstehen und Verstandenwerden in der Gruppe wird — eine Entwicklung, die wir auch als die Entstehung eines autonomen Gruppen-Ichs beschreiben können — desto mehr wird der Therapeut entlastet und tritt das Gruppen-Ich an seine Seite als Möglichkeit und Einladung zur Identifikation. Im Zuge dieser Entwicklung kann die Gruppe zu immer tieferen Schichten der psychischen Konflikte ihrer Mitglieder und ihrer eigenen Dynamik fortschreiten, ein Prozeß, den ich an der Entwicklung aggressiver Äußerungen in der therapeutischen Gruppe erst kürzlich darzustellen versucht habe (Ammon 1970 g).

Die differierende Indikation, welche sich ergibt aus der unterschiedlichen Dynamik des therapeutischen Prozesses in der psychoanalytischen Standard-situation und der analytischen Gruppenpsychotherapie, darf uns jedoch den Blick nicht verstellen für ihre Gemeinsamkeiten. In beiden Situationen arbeiten wir mit dem Prinzip der Interpretation von Übertragung und Widerstand, in der therapeutischen Gruppe wird dazu die Interpretation der gruppendynamischen Prozesse miteinbezogen, von deren Gesetzen gleichermaßen Gebrauch gemacht wird, wie von denen der Psychoanalyse. Der Gemeinsamkeit in der methodischen Basis entspricht eine gemeinsame Zielsetzung. Dem Patienten soll verholfen werden zu einer Emanzipation von seinen infantilen Ängsten und Wiederholungszwängen, seine Fähigkeit zur Kommunikation nach innen und außen, mit seinen Wünschen ebenso wie mit den Erwartungen, die von außen an ihn gerichtet werden, soll wiederhergestellt werden. Das Ich soll in die Lage versetzt werden, der Angst zu widerstehen und in der Auseinandersetzung mit ihr seine Autonomie ständig zu erweitern. Aus dem Zustand der Entfremdung, der Depersonalisation, des Hingegebenseins an erstarrte und automatisierte Bezugsgewebe soll der Patient hervortreten, um als er selbst wieder existent zu werden. Der Weg, den die Therapie einschlägt, um den Patienten zu dem Mut zu verhelfen, den ein solcher Schritt erfordert, ist ab-

hängig von der Struktur des jeweiligen Konflikts. Im Verlauf des therapeutischen Prozesses wird der Versuch unternommen, die pathologischen Strukturen aufzulösen und neu zu organisieren durch die allmähliche Aufklärung des ihnen zugrunde liegenden Konflikts.

So wie es das Ziel der therapeutischen Arbeit ist, die versteinerten Verhältnisse der Pathologie in Bewegung zu bringen, so muß auch das therapeutische Programm beweglich bleiben. Es darf dem Prozeß der nachholenden Ich-Entwicklung weder vorauseilen noch ihm hinterherhinken. Es sollte ihm vielmehr zu jedem Zeitpunkt dieser Entwicklung so gut wie möglich korrespondieren (Ammon 1959). Den Prozeß der psychoanalytischen Therapie selbst können wir beschreiben als eine immer erneute Bemühung darum, die Diagnose und Indikation durch Interpretation zu vertiefen und zu differenzieren. Mir kommt es in diesem Zusammenhang vor allem auf zwei Punkte an:

1. Die Indikation der verschiedenen analytischen Therapieformen ist nicht starr Gegebenes, und es ist sehr wohl möglich, daß der therapeutische Prozeß eine Dynamik entwickelt, der im Rahmen einer einzigen Therapieform nicht angemessen korrespondiert werden kann.

2. Die Möglichkeiten, welche die verschiedenen Therapieformen bereitstellen, multiplizieren und differenzieren sich, wenn verschiedene therapeutische Situationen und Programme miteinander kombiniert werden. D. h. aber auch, daß die Möglichkeiten der Diagnose und Interpretation sich verfeinern.

Den weitesten Rahmen hat die psychoanalytische Milieuthérapie. In Form mehrwöchiger Arbeitsgruppen in milieuthérapeutischen Feldern im Bayerischen Wald und in Süditalien erweitert sie bei Notwendigkeit die gruppenpsychotherapeutische Arbeit in meiner Berliner Praxis, ähnlich wie ich dies in den Jahren meiner Tätigkeit in der Menninger-Klinik erfahren hatte mit den Kombinationen von Milieuthérapie und Gruppenpsychotherapie, von Gruppenpsychotherapie mit klassischer Analyse oder von Milieuthérapie mit Einzeltherapie usw. Von Bedeutung ist meines Erachtens die Tatsache, daß eine Psychoanalyse, die nicht ambulant und isoliert durchgeführt wird, sondern im Rahmen eines breiteren milieuthérapeutischen Programms, eine ganz andere Qualität hat, weil die Einsicht in das tagtägliche Verhalten des Patienten der analytischen Arbeit Anhaltspunkte gibt, welche eine sehr viel differenziertere Arbeit erlauben, als dies ohne diese zusätzlichen Daten der verfeinerten Direktbeobachtung möglich wäre. Dasselbe gilt für die anderen möglichen Kombinationen, worin jedes Einzelprogramm die übrigen anregen und kontrollieren kann.

Als Freud Ende der zwanziger Jahre das erste psychoanalytische Sanatorium in Berlin-Tegel besuchte, war er beeindruckt von den Arbeits- und Forschungsmöglichkeiten, die sich aus der Offenheit der zum Milieu erweiterten Behandlungssituation ergaben. Er war der Meinung, jeder Analytiker sollte während seiner Ausbildung längere Zeit in einer solchen milieuthérapeutischen Klinik arbeiten (Simmel 1929; 1936).

Die klaren Krankheitsbilder der Literatur sind in der Praxis eine Ausnahme. Eine eindeutige Indikation ist daher selten. An zwei Fällen möchte ich im folgenden zeigen, wie sich im Laufe des therapeutischen Prozesses die Indika-



tion veränderte und welche Wirkung die Veränderung der therapeutischen Situation auf den weiteren Verlauf des therapeutischen Prozesses hatte.

Ein 24jähriger Jura-Student kam in die Analyse mit schwersten Depressionen und Alkoholabusus. Er lebte in einer chaotischen Liebesbeziehung zu einer 17jährigen Schülerin. Sein Studium hatte er unter schwerer Arbeitsstörung bis kurz vor das Abschlußexamen geführt. Er fühlte sich jedoch außerstande es zu beenden.

Die analytische Situation wurde bei diesem Patienten bestimmt von seinen mit monotoner Stimme vorgetragene Klagen über Lieblosigkeit und Verständnisunfähigkeit seiner Eltern. Er selbst befand sich dabei in einem Zustand des Abgetretenseins. Der symbiotische Sog, welcher ausgehend vom Patienten die therapeutische Situation und die Gegenübertragungsphänomene bestimmte, konnte durch Interpretation nicht in Bewegung gebracht und differenziert werden.

Obwohl es dem Patienten gelang, im Laufe seiner mehrjährigen Analyse seine äußere Situation zu „ordnen“ — er konnte sein Studium erfolgreich beenden, in guter Stellung seine Berufsarbeit beginnen, konnte heiraten und zwei Kinder in die Welt setzen — blieb die „innere“ Situation, d. h. die des therapeutischen Prozesses unverändert. Der Patient unterbrach sein monotones Klagen nur, wenn er gelegentlich mit dem Ausdruck heftiger Aggression dem Therapeuten vorwarf, daß er ihn gezwungen habe, sein Studium erfolgreich abzuschließen und zu heiraten.

Dieser Patient hatte in früher Kindheit in einer traumatischen Erfahrung eine schwere narzißtische Schädigung erlitten. Er war als dreijähriger Junge mit dem Fuß in den Rasenmäher geraten und hatte sich eine Zehe abgeschnitten. Nach der ärztlichen Behandlung, die Zehe mußte angenäht werden, hatte er eine tiefe Verlassensangst erfahren, die von den Eltern nicht erkannt und mit oberflächlichen Tapferkeitsappellen übergangen worden war. Vom Analytiker verlangte er eine intensive und andauernde Zuwendung. Sein narzißtisches Defizit setzte ihn jedoch außerstande, der therapeutischen Interpretation anders als mit Haß und Aggression zu begegnen, weil er sie als die oberflächliche Zuwendung erfuhr, die er von der Mutter erhalten hatte. Aus diesem Grund war er auch nicht in der Lage, sich seine äußeren Erfolge wirklich anzueignen, sie blieben ihm fremd und waren als solche für ihn Ausweis seines Unglücks.

In Bewegung kam der therapeutische Prozeß dieses Patienten erst dann, als seine therapeutische Situation sich veränderte und er in eine therapeutische Gruppe aufgenommen wurde. Diese reagierte mit Betroffenheit auf seine monoton vorgetragene Litanei. Während auf der einen Seite sein Schicksal die Teilnahme der Gruppe mobilisierte, rief andererseits die Unzugänglichkeit, welche der Patient dieser Teilnahme entgegensetzte, heftige Aggressionen in der Gruppe hervor. Der Patient, welcher in der Standardsituation allen Interpretationen einen symbiotischen Sog entgegengesetzt hatte, auf dem er beharrte und von dem sich zu distanzieren er nicht in der Lage war, wurde in der Gruppe mit seinem Verhalten nun so konfrontiert, daß er sich einer Einsicht nicht mehr abwehrend entziehen konnte. Es gelang ihm erstmalig, das Gefühl der Isolation zu überwinden, woran er in der Analyse zäh festgehalten hatte, und in einer Reihe dramatischer Sitzungen gelang es den „auxiliary egos“ der Gruppe, ihn aus dem selbsthypnotischen Zustand der Abwesenheit zu befreien, in den er bei der Schilderung seiner Leiden regelmäßig versank.

In einem anderen Fall verlief die Entwicklung umgekehrt.

Eine 27jährige Soziologiestudentin nahm etwa 2 Jahre lang teil an einer psychotherapeutischen Gruppe. Sie hatte die Praxis aufgesucht wegen schwerer Arbeitsstörungen und Depressionen. Obwohl es ihr im Lauf der Therapie gelang, ihre äußere Situation zu reorganisieren, ihr Studium wieder aufzunehmen und erfolgreich fortzuführen, blieb auch hier die „innere Situation“ des therapeutischen Prozesses arretiert.

Sie terrorisierte die Gruppe, indem sie deren therapeutische Aufmerksamkeit auf sich zog und ihr gleichzeitig widerstand. Ihre destruktive Aggression äußerte sich gerade in dieser Blockade des Gruppenprozesses, den sie gleichzeitig beherrschte, ohne an ihm wirklich teilzunehmen.

Diese Patientin war in der ständigen Angst vor dem Liebesentzug durch die Mutter aufgewachsen, und ihre Ich-Entwicklung war charakterisiert durch eine archaische Verarmung der Emotionalität verbunden mit einer glänzenden Entwicklung der intellektuellen Funktionen. Mit Hilfe der letzteren verschaffte sie sich die Befriedigung ihres reaktiven Narzißmus, versperrte sich dadurch aber auch den Zugang zu ihren archaischen Ängsten und Aggressionen. Ihre intellektuelle Beweglichkeit trug ihr den Neid, ihre emotionale Starrheit die Aggression ihrer Mitpatienten ein. Sie erlebte daher in der Gruppe eine starke Geschwisterrivalität, die auch ihre Kindheit bestimmt hatte.

Es war der Gruppe unmöglich, ihr Bedürfnis nach ununterbrochener Aufmerksamkeit und Zuwendung zu befriedigen, ebensowenig gelang es, die Patientin zu bewegen, ihren Mitpatienten wirkliches Interesse entgegenzubringen.

Als sie nach zwei Jahren in der therapeutischen Gruppe ihre Arbeit in einer Einzelanalyse fortsetzte, wurde es möglich, diese narzißtische Blockierung direkt anzugehen und durchzuarbeiten.

Die beiden Beispiele zeigen, wie im Verlauf des analytischen und therapeutischen Prozesses Diagnose und Indikation sich differenzierten. Wichtig ist dabei, daß der Wechsel der therapeutischen Situation im Rahmen *eines* Behandlungsweges erfolgte, in diesem Fall im Rahmen derselben Praxis, daß also die Therapie nicht hier abgebrochen und dort neu begonnen wurde, sondern daß die Kontinuität des therapeutischen Bündnisses gewahrt wurde. Diese Kontinuität der therapeutischen Beziehung im Wechsel ihrer Arbeitssituationen ist meines Erachtens das entscheidende therapeutische Agens.

Wie die Forschungen der psychoanalytischen Ich-Psychologie gezeigt haben, hat eine gelingende Ich-Entwicklung zur Voraussetzung die stabile Vertrauensbasis, welche durch eine befriedigende Beziehung zur Mutter während der ersten Lebensjahre hervorgebracht wird (Ammon 1970 d; Erikson 1951). Ist diese Vertrauensbasis gestört, und das ist bei den archaischen Konfliktformen, auf die wir zunehmend stoßen (Ammon 1970 a), durchweg der Fall, dann muß die Therapie zunächst eine Kontinuität organisieren, deren psychische Repräsentanz das Vertrauen ist. Unsere Beispiele zeigen aber, daß dies nicht einfach dadurch geschehen kann, daß die therapeutische Situation möglichst unverändert beibehalten wird, sondern daß gerade im Wechsel der Situation die Kontinuität der Beziehung erfahren werden kann.

Dafür bietet die therapeutische Gruppe selbst viele Möglichkeiten, eben darin liegt ihr Milieucharakter. Einerseits ist in ihr die starre Rollentrennung von Therapeut und Patient aufgehoben, der Therapeut als ‚participant observer‘ ist Mitglied der Gruppe, zum andern aber erlaubt die Gruppensituation den Patienten ebenso wie dem Therapeuten die direkte Beobachtung des Gruppenprozesses und der Situation des Einzelnen darin. Der Patient sieht sich also konfrontiert mit einem ganzen Spektrum psychischer Störungen verschiedener Schwere. Er kann vergleichen, kann Veränderungen zum Guten und zum Schlechteren beobachten und gewinnt dadurch eine Einsicht in die Prozesse von Krankheit und Gesundung, die ihm für seine Selbsterfahrung sehr hilft.

Er wird aber ebenso selbst von den anderen konfrontiert mit einem Bild von sich selbst, mit dem er sich auseinandersetzen kann.

Diese offene Gruppensituation ist, wie das letzte Beispiel zeigt, ein diagnostisches Instrument von weit größerer Präzision, als sie in der Einzelsituation erreicht werden kann. Aus dem gleichen Grund dient die therapeutische Gruppe der Forschung. Sie übertrifft darin die Standardsituation, welche die Anwesenheit Dritter nicht zuläßt.

Die Erweiterung der therapeutischen Situation in der Gruppe hat daher unsere Forschungsmöglichkeiten für das Studium psychischer und sozialer Prozesse erheblich erweitert (Ackerman 1949). So haben z. B. die Konstruktionen der psychoanalytischen Ich-Psychologie erst in der Gruppenforschung ihre tatsächliche Verifikation und Präzisierung erfahren (Ammon 1969e; 1969a; 1970a; 1970g). Von dieser Basis ergab sich auch die Möglichkeit einer gründlichen Kritik und Kontrolle psychoanalytischer Arbeit und Ausbildung (Ammon 1970h; Grotjahn 1969).

Mit vielen Kollegen beobachte ich in den letzten Jahren eine immer deutlicher hervortretende Veränderung der Symptomatik psychischer Erkrankung. Ich mache die Erfahrung, daß an die Stelle der klassischen ödipalen Neurose, wie Freud sie studiert und behandelt hat, mehr und mehr Äußerungen präödipaler Konflikte treten, die ich zusammenfassend als dem Symbiosekomplex zugehörig bezeichnen möchte (Ammon 1969d; 1969e; 1970a; 1970c).

Der pathogene Konflikt resultiert hier aus einer Störung der frühen Mutter-Kind-Beziehung, zu einem Zeitpunkt, an dem das sich entwickelnde Ich noch ganz besonders abhängig ist von den Erfahrungs- und Kommunikationsweisen der umgebenden Gruppe, denn die Situation der Symbiose ist nichts isoliert Individuelles im Sinne einer inselhaften Dyade. Die Mutter ist Teil einer Gruppe. Wie sie sich mit ihrem Kinde verständigt und was sie ihm mitteilt, hängt davon ab, wie sie mit und in der Gruppe kommunizieren kann. Dem Kinde gegenüber repräsentiert sie die Gruppe, und diese Repräsentation wird verschieden sein je nachdem, ob die Gruppe als ganze in der Lage ist, den Bedürfnissen des Kindes elastisch zu korrespondieren oder ob sie diesen Bedürfnissen starr und reglementierend begegnet.

Ich meine, daß in der sich verändernden Dynamik der psychischen Erkrankung eine sich verändernde Dynamik der gesellschaftlichen Prozesse zum Ausdruck kommt. Denn die Erfahrungsweise und die Kommunikationsweise von Gruppen, und das heißt auch der Familie, lassen sich nicht isolieren von ihrem sozialen Ort und von der Organisation und der Entwicklung der Gesamtgesellschaft. Diese jeweils spezifischen Bestimmungen haben als wichtige Faktoren teil am Prozeß der Ich-Entwicklung, und ihre Veränderung bleibt für diese nicht ohne Folgen. Identität, mit Erikson (1951) zu sprechen, ist eine historische Organisation und die Konflikte, durch die hindurch sie gewonnen wird, sind ebenfalls historisch spezifische Stationen einer größeren Entwicklung der Gesamtgesellschaft.

Wir beobachten, wie an die Stelle des relativ übersichtlichen Gerüsts patriarchalischer Herrschaftsformen zunehmend ein bürokratisches Geflecht immer größer werdender miteinander sich verfilzender Organisationen tritt, die vom

Einzelnen immer seltener als Identität gewährend erfahren werden können, die Aufstieg vielmehr nur um den Preis der Aufgabe dieser Identität erlauben. Die kooperierende Gruppe dagegen erscheint den Einzelnen immer stärker als Bedingung und Chance individueller Selbstverwirklichung in der Auseinandersetzung mit den großen Apparaten, d. h. daß auch die Vorstellung der Individuen von der Form möglicher Selbstverwirklichung sich verändert. Die Gruppe wird wiederentdeckt. Die meisten der Patienten, welche meine Praxis aufsuchen, tun dies, weil sie auf der Suche nach einer solchen Gruppe sind. Häufig kommen sie in die Behandlung, weil ihre Versuche, in Gruppen sich zu organisieren, gescheitert sind (Ammon 1970c); 1970d; Hillmann 1970).

Die Veränderung der Bedingungen, unter denen Ich-Entwicklung heute erfolgt, ist eine Realität, ob wir diese Veränderung für glücklich und segensreich halten oder nicht. Psychoanalyse, welche freiwillig oder unfreiwillig sich dieser veränderten Realität verschließt in dem Glauben, in der Standardsituation die Wirklichkeit garantiert zu haben, gerät in die Gefahr der Isolierung und Irrelevanz. Für mich ist in diesem Zusammenhang die folgende Überlegung entscheidend:

Die Beschränkung der psychoanalytischen Praxis auf einen individualpsychologischen Ansatz ist verhängnisvoll. Den kranken Menschen in der Therapie zu behandeln als einen, der alle Möglichkeiten hätte, wenn er nur seine neurotische Reaktion durchschauen und korrigieren lernte, ist falsch und in seinen Konsequenzen inhuman. Der Mensch lebt und entwickelt sich in der Realität seiner Gruppe. Diese Realität hat Grenzen, die auch die seinen sind. Daß eine Gruppe ihren Mitgliedern gegenüber feindselig sich verhalten, daß sie die Individuen verstümmeln, sie in Krankheit und Selbstzerstörung treiben kann, ist eine Realität, auf die wir in der gruppenpsychotherapeutischen Arbeit immer wieder stoßen. In einer solchen Situation aber ist es nicht die Neurose, welche den Menschen fesselt, sondern die destruktive Dynamik der Gruppe, welche in der Krankheit des Einzelnen sich manifestiert. Einem Menschen in solcher Lage in der psychoanalytischen Therapie die Bearbeitung seiner Schwierigkeiten als einer allein individuellen Krankheit anzubieten, heißt ihn noch einmal der Hilfe zu berauben und ihn in der Beschränkung der Individualität in eine Einsamkeit hineinzumanövrieren, die als menschliche Erfüllung allein die Resignation gestattet.

Der frühe Freud (1896) glaubte, was seine Patienten über ihre Erfahrungen in der Familiengruppe ihm berichteten. Er hielt die Erinnerungen an die Verführungen durch die Eltern noch nicht für das Produkt der kranken Phantasie. Unsere Schizophrenieforschung hat sehr viel empirisches Material zutage gefördert, was diesen Patienten recht gibt, und ich meine, daß unsere therapeutische Haltung gegenüber dem Patienten, der von der Feindseligkeit der Gruppe berichtet, worin er aufgewachsen ist, eine Haltung verstehender Empathie sein sollte und daß wir keinesfalls dieses Gruppenerlebnis „weganalisieren“ dürfen und zur individuellen Phantasie erklären, was die tatsächliche Erfahrung des Patienten gewesen ist.

Wir haben hier einen Punkt von kardinaler Wichtigkeit erreicht. Sollen wir unseren Patienten glauben oder nicht? Sollen wir annehmen, daß sie vor allem leiden unter ihren eigenen destruktiven Neigungen und asozialen Wünschen,

daß es ihre eigene Triebnatur ist, die ihnen so viel Schmerzen bereitet, und daß die Feindseligkeit, von der sie berichten, die Projektion ihrer eigenen Strebungen auf ihre Umgebung ist, oder müssen uns nicht unsere Beobachtungen gesellschaftlicher Prozesse, der Dynamik von Familiengruppen und jener Prozedur, welche bei uns Erziehung heißt, zu der Erkenntnis verhelfen, daß destruktive Aggression zuerst ein Merkmal kranker Gruppen ist und nicht die natürliche Mitgift des Neugeborenen?

Ich habe in einer Reihe von Arbeiten zu zeigen versucht (Ammon 1969 g; 1970 a; 1970 c; 1970 g), wie destruktive Aggression resultiert aus dem Nichtzustandekommen gelingender Kommunikation und habe darauf hingewiesen, daß ein solches Scheitern seine jeweils spezifischen Ursachen hat, die in der ganzen Situation, der Gruppensituation, aufgesucht werden müssen und nicht als ein abstrakt Böses, wie dies die Todestrieblehre tut, im Individuum vermutet werden sollten. Psychoanalytische Gruppenpsychotherapie, wie ich sie vertrete und praktiziere, legt daher auf die Dynamik der Gesamtgruppe großen Wert, denn gerade das Geflecht der interpersonellen Beziehungen und dessen Dynamik eröffnen uns den Zugang zu den Konflikten der desintegrierten Person. Ein Konzept, wie das der Bionschen Schule (Bion 1961), welche die Gruppe behandelt als eine einzige Person, die dann nach orthodoxem Muster analysiert wird, scheint uns gerade der Möglichkeiten sich zu begeben, welche die Gruppe bietet.

Zusammenfassend möchte ich sagen: Die Entwicklung der psychoanalytischen Milieu- und Gruppentherapie hat unsere Einsicht in die pathogenen Prozesse, welche die psychische Krankheit hervorbringen, erweitert und differenziert. Diese Entwicklung muß, so meine ich, die Psychoanalyse selbst verändern. Dort, wo Psychoanalyse identifiziert wird mit ihrer historisch gewordenen Gestalt und als Aufgabe vor allem gesehen wird, sie in dieser Form zu konservieren, wird zwischen der analytischen Gruppenpsychotherapie und der orthodoxen Psychoanalyse ein ähnliches Schisma entstehen, wie es noch immer das Verhältnis von Psychoanalyse und Psychiatrie bestimmt. Diese Isolation bildet aber die stärkste Bedrohung der emanzipatorischen Arbeit, welcher die lebendige Wissenschaft der Psychoanalyse dienen will. Was Rapaport (1959) über die verfrühte Systematisierung der psychoanalytischen Theorie sagt, daß sie nämlich die wachsende Wissenschaft ihrer Potenz beraube, das gilt auch für die therapeutische Praxis, die ohnmächtig wird, wenn sie ihre verschiedenen Therapieformen ängstlich voneinander trennt.

### **From Psychoanalytic Standard Method to Analytic Group Psychotherapy Common Points and Differences**

Günter Ammon

The psychoanalytic standard situation requires a sufficient capacity to endure suffering and to maintain the therapeutic alliance with the analyst, a capacity which is not common to all patients. The fact that only a relatively strong ego-autonomy permits the releasing of unconscious elements without mental desintegration, a condition of

the application of classical analytical therapy, makes this latter accessible but to a few number of patients.

With the generalization of psychoanalytic view, the widening of its application beyond neurotic cases became necessary. Other techniques developed: milieu-therapy, introduced by Simmel, psychoanalysis of children by A. Freud, group-analytic psychotherapy by Foulkes. These different approaches were and are continued by others.

The classical analytic situation yields a microscopic insight in the structure and dynamics of the unconscious processes and is an instrument to sharpen our psychological observation. Particularly for patients, whose undeveloped ego-autonomy does not allow them to reflect upon and observe their conflicts, or to understand transference, other forms of therapy, like analytic milieu-therapy and analytic group-psychotherapy give the patient the occasion to be directly confronted with his illness and hence to become aware of it. Our thesis is that in case of an unconscious psychic conflict which is not expressed in an isolated neurotic symptom, but acted out in life-situation, the therapy should not isolate the patient, it must, on the contrary, embrace the life-situation itself.

In psychoanalytic milieu-therapy, life-situation and therapy-situation are almost identical. Group-analytic psychotherapy, while not so near to life-situation, gives the patients, however, the possibility of confronting their conflicts in a multiple transference-situation. The group constellation allows the acting out of conflicts as well as the analysis of resistance, since other members act as "auxiliary egos".

We can resume the differences between psychoanalytic standard situation and group-analytic psychotherapy as follows: 1. While in the former we have only two persons, in the group situation the "auxiliary egos" can control the counter-transference. 2. In group-analytic therapy we have more than *one* "mirror". 3. The group therapist is a "participant observer" who can be seen by the patients. 4. In the standard situation, the roles are given once for all, while the group offers the possibility of changing roles. 5. Standard analysis requires from the patient the capacity of insight into his own conflicts and resistance. Insight is gained in a therapy group through knowledge of the conflicts of others. 6. Acting out brings a disturbance in the standard psychoanalysis, but it is tolerated in the group and supports the therapeutic work. 7. Destructive affects can be acted out in the standard situation only to a certain extent. In a group they can be absorbed and worked through, however strong they may be. 8. Conflicts are experienced in classical analysis as a personal failure and thus felt with guilt. In the group, conflicts are the concern of all members equally. 9. Transference is concentrated in individual analysis, while it is distributed in group-analytic psychotherapy. 10. In classical analysis regression is the condition of setting free repressed tendencies. In a group situation it is the experience *hic et nunc* which reveals instinct repression. 11. In a group there is more than one person who offers assistance, in some cases it is the whole therapeutic institution, while in standard psychoanalysis there is only one who can give help.

The different indication for both psychotherapies is based upon the different personality dynamics of the patients. For those who are unable to perceive social reality and to suffer regression, group-analytic psychotherapy is indicated. They can observe their conflicts only in a group situation, because they have hardly distance to their inward world. This method is particularly adequate for the so-called borderline cases.

But we must not overlook the common characters of both methods. In individual as well as in group analysis we follow the principle of interpretation of transference and resistance. Also both therapeutic methods aim at the same goal, namely, the delivery of the patient from infantile anxiety and repetition compulsion, and the re-establishing

or communication with the self as well as with others. The ego should be enabled to resist anxiety and to widen its autonomy.

The indication of different therapeutic methods is not to be fixed once for all. The dynamics of the therapeutic process can lead to a change from one therapy to another, or to combine, for example, both individual analysis and group analysis. Milieu therapy can be also combined with other therapeutic approaches. These possibilities enrich our experience and widen the scope of therapeutic effectiveness.

Another motive for passing from one form of therapy to another is sometimes the patient's lack of confidence. The change of therapeutic method is not to be considered as a break in the continuity of the therapeutic process. It assures, on the contrary, this continuity, provided the development of the process requires this change.

Moreover a therapy group is a diagnostic instrument of higher precision because it allows a variety of roles. It offers a wider field of research than the standard analysis. The necessity of this widening of the psychoanalytic scope is also evident, when we consider the change in the symptoms of mental illnesses. Our experience has shown us that the classical Oedipus-complex, which was of primordial significance in Freud's theory, is no more predominating in the symptoms of mental disturbances. Instead of it, we observe more and more expressions of conflicts which originate in the preoedipal phase and which we like to designate as symbiotic complex. It denotes the disturbance of the mother-child relationship, upon which the early development of the ego depends.

This transformation in the dynamics of mental disorders is determined by a transformation in the organization of the whole society, the family being the mediator between society and the child. Hence the importance and the actuality of group-analytic psychotherapy, in which such conflicts are more transparent.

The development of psychoanalytic approaches must have an impact on psychoanalysis itself. It should not be maintained in its old historical frame. If it strives to be a living science, it must integrate the different forms of approaches which render its application effective.

## Literatur

- Ackermann, N. M. (1949): *Psychoanalysis and Group Psychotherapy*, Jahrg. III, No. 2—3. ed. by J. L. Moreno (Boston: Beacon Press).
- Ammon, Gisela (1969): *Beobachtungen über einen Psychoanalytischen Kindergarten (Zum Problem der Frustrationsregulation)*. Vortrag, gehalten auf dem 1. Int. Symposium der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (Berlin: Heenemann). Im Druck.
- Ammon, Günter (1959): *Theoretical Aspects of Milieu Therapy*, Graduation Thesis, Menninger School of Psychiatry, Topeka.
- (1969a): *Group Analytic Psychotherapy*, in: *Group Analysis. International Panel and Correspondence*, Jahrg. 2, No. 1.
  - (1969b): *Psychoanalytische Gruppenpsychotherapie-Indikation und Prozeß*. Vortrag geh. auf d. 1. Int. Symposium der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (Berlin: Heenemann). Im Druck.
  - (1969d): *Oralität, Identitätsdiffusion und weibliche Homosexualität: Eine psychoanalytische Studie*. In: „*Dynamische Psychiatrie/Dynamic Psychiatry*“, Jahrg. 2, No. 1/2, S. 63—82.
  - (1969e): *Verifikation von Psychotherapie bei Schizophrener Reaktion*, in: *Confinia Psychiatrica*, Jahrg. 12, No. 1.

- (1969g): Herrschaft und Aggression: Zur Psychoanalyse der Aggression. In: „Dynamische Psychiatrie/Dynamic Psychiatry“, Jahrg. 2, Nr. 3, S. 122—133.
- (1970a): Psychoanalyse und Gruppenpsychotherapie-Anpassung oder Emanzipation? In: Zeitschrift f. Psychotherapie und med. Psychologie, 20. Jahrg., H. 1.
- (1970c): Zur psychoanalytischen Theorie und Praxis von Anpassung und Emanzipation. In: „Dynamische Psychiatrie/Dynamic Psychiatry“, Jahrg. 3, No. 1, S. 4—19.
- (1970d): Ich-Struktur und Gesellschaft: Zur psychoanalytischen Kulturtheorie. In: „Dynamische Psychiatrie/Dynamic Psychiatry“, 3. Jahrg., H. 2, S. 65—74.
- (1970g): Schicksale von Aggression und die emanzipatorische Funktion der Entwicklung von Ich-Autonomie in der psychotherapeutischen Gruppe. Vortrag gehalten auf dem 2. Int. Symposium der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (Berlin: Heenemann) Im Druck.
- (1970h): Vom Sinn und Unsinn der Lehranalyse. Unveröffentl. Manuskript.
- Bion, W. R. (1961): *Experiences in Groups* (New York: Basic Books).
- Erikson, E. H. (1965): *Kindheit und Gesellschaft* (Stuttgart: Ernst Klett).
- Foulkes, S. H. (1948): *Introduction to Group Analytic Psychotherapy* (London: Heinemann).
- (1964): *Therapeutic Group Analysis* (London: Allen & Unwin).
- Foulkes, S. H./Anthony, E. J. (1957): *Group Psychotherapy. The Psychoanalytic Approach* (London: Penguin Books).
- Freud, A. (1927): *Einführung in die Technik der Kinderanalyse* (München/Basel: Ernst Reinhardt 1966).
- (1936): *Das Ich und die Abwehrmechanismen* (London: Imago Publ.).
- (1968): *Wege und Irrwege in der Kinderentwicklung* (Stuttgart: Ernst Klett).
- Freud, S. (1896): *Zur Ätiologie der Hysterie. Ges. Werke Bd. I* (London: Imago Publ.).
- (1900): *Die Traumdeutung. aaO. Bd. 2/3.*
- (1904): *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. aaO. Bd. 5.*
- (1908): *Über infantile Sexualtheorien. aaO. Bd. 7.*
- (1917): *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. aaO. Bd. 11.*
- (1923): *Die infantile Genitalorganisation. aaO. Bd. 13.*
- (1924): *Der Untergang des Ödipuskomplexes. aaO. Bd. 13.*
- Grotjahn, M. (1969): *Das analytische Gruppenerlebnis im Rahmen der psychotherapeutischen Ausbildung. In: Dynamische Psychiatrie/Dynamic Psychiatry, 2. Jahrg., H. 1/2.*
- Hillmann, G. (1970): *Zentralisierte Organisation und Gruppenprozesse. In: Gruppendynamik, 1. Jahrg., No. 2.*
- Rapaport, D. (1959): *Die Struktur der psychoanalytischen Theorie* (Stuttgart: Ernst Klett).
- (1961): *Persönliche Mitteilung des Autors.*
- Schneider, K. (1962): *Klinische Psychopathologie. 6. Aufl.* (Stuttgart: Thieme).
- Simmel, E. (1929): *Psychoanalytic Treatment in a Sanatory. In: Int. Journ. of Psychoanalysis, Jahrg. 10.*
- (1936): *The Psychoanalytic Sanatory and the Psychoanalytic Movement. In: Bull. Menning. Clin., Jahrg. 1.*
- Spitz, R. (1959): *A Genetic Field Theory of Ego Formation* (New York: Int. Univ. Press).
- (1960): *Die Entstehung der ersten Objektbeziehungen* (Stuttgart: Ernst Klett).
- (1967): *Vom Säugling zum Kleinkind* (Stuttgart: Ernst Klett).



## Zur Psychotherapie des kindlichen Autismus

Berta Margret Haub\*

Klinische Erscheinungsbilder des frühkindlichen Autismus sind von Binswanger, Bleuler, Kräpelin, Bosch, Kanner und van Krevelen beschrieben worden.

Wenig bekannt ist dagegen über die Therapie. Seit einiger Zeit beschäftigt sich Rudolf Ekstein mit seinen Mitarbeitern am Reiss-Davis-Center in Los Angeles mit den Problemen der Behandlungstheorie. Er fügte auch der ungekürzten Fassung vorliegender klinischer Falldarstellung seine Bearbeitung an und veröffentlichte sie im Reiss-Davis-Bulletin, nachdem ich die 5 Jahre nach Behandlung katamnestic erfaßte und niedergeschriebene Arbeit im Herbst 1967 in Wien vorgetragen habe.

Der damals 5jährige Patient wurde im Mai 1962 von seinen Eltern in der ärztlich-psychologischen Zentralstelle für Erziehungsberatung unter Leitung von Herrn OMR Zeise vorgestellt und mit der Diagnose „Autismus“ an mich überwiesen. Nachuntersucht wurde das Kind in der psychosomatischen Abteilung der Kinderpoliklinik, wo auch in der Müttergruppentherapie meines damaligen Chefs, Herrn Dr. Biermann die Behandlung der Mutter erfolgte und nach insgesamt 2 Jahren Einzeltherapie die Behandlung des Kindes in einer von mir geleiteten Kindergruppentherapie abgeschlossen wurde. Die Behandlung selbst wurde vom vertrauensärztlichen Referenten, Herrn Dr. Schellack, kontrolliert und begutachtet.

Ich stelle nun den kleinen Patienten und seine Eltern vor, darauf folgt die Behandlung in thematisch aufeinanderfolgende Phasen gegliedert und am Schluß meine Theorie. Andreas schien auf den ersten Blick altersgemäß entwickelt, ein hübscher blonder Bub mit mädchenhaften Gesichtszügen und verträumtem Blick. Auffallend waren die eckigen, kraftlosen Bewegungen, der schlaffe Händedruck, mit dem er einen Berührungskontakt eher verweigerte als aufnahm, und die Vertraulichkeit, mit der er mir seine handgroße, rote Schachtel, die er bei sich trug, entgegenstreckte und statt einer Begrüßung sagte: „A Schachtl“.

Von der Mutter wurde beklagt: Andreas könne nicht altersgemäß spielen, er habe den Kindergarten seines Verhaltens wegen wieder verlassen müssen. Seine Interessen kreisten um bestimmte Bereiche, wie Sammeln von welken Blättern, Zahlenschreiben, Messen, Wiegen, Vergleichen, Flüstern von Worten und Sätzen ohne logischen Inhalt, oder skandierendes, exaltiertes Aussprechen einzelner Buchstaben. Dazu komme große Dunkelangst, eine Fliegenphobie und die übermäßige Anfälligkeit gegenüber Erkältungskrankheiten. Sonst sei Andreas ein gutmütiges und treuherziges Kind. Den um 2 Jahre jüngeren Bruder habe er anfangs überhaupt nicht beachtet, jetzt komme es zu langdauernden Affektkrisen aus Eifersucht.

Er sage nie „ich“ von sich, sondern, „der Andreas“ und ahme in Tonfall und Sprechweise die Mutter oder den Bruder nach.

Aus den Ausführungen der Mutter ging deutlich hervor, daß Andreas zurzeit an einem Realitätsverlust litt und unfähig war, normale familiäre Beziehungen aufzunehmen oder aufrechtzuerhalten. An Stelle der Realitätsprüfung hatte eine phantasierte Irrealität mit Erregungszuständen und Tränenausbrüchen überhandgenommen.

Die Eltern: Beider Väter waren Ärzte gewesen, beide wuchsen in einer schwäbischen Kleinstadt auf und waren schon seit Kinderzeit miteinander bekannt, beide sind

---

\* Diplompsychologin, Psychotherapeutin, München.

ruhige, besinnliche, nicht spontane und phantasiearme Menschen, die großen Wert auf Ordnung und Sauberkeit legen.

Der Patientenvater ist Diplomingenieur in einem großen Betrieb, wo er sich nervlich und beruflich oft überfordert fühlt. Unter der Bevormundung einer älteren Schwester aufgewachsen, mußte er nach dem Tod seines Vaters früh Verantwortung tragen. Zur Mutter, die ganz im Haushalt aufging, hatte er ein gutes Verhältnis. Er war ein Träumer und Bastler und den Frauen gegenüber schüchtern und gehemmt. Als der kleine Andreas geboren war, hatte er ihn von Anfang an abgöttisch geliebt und sich jede freie Minute mit ihm beschäftigt. Vom 3. Lebensjahr an hatte er ihm das Lesen und Zahlenschreiben beigebracht oder ihm mathematische und technische Zusammenhänge erklärt.

Als der Bub im Laufe der Behandlung gelöst wurde und an einem Sonntag morgen mit dem Vater boxen wollte, fragte er erst mit vor Entsetzen verhaltener Stimme telefonisch an, ob dies nicht gegen das 4. Gebot verstoße. Jedoch war er einsichtig und dankbar für Vorschläge und unterließ seine Dressurversuche. Als er aufhörte, im Kind einen erwachsenen Gesprächspartner zu sehen, wurde dies als Entlastung und Befreiung empfunden.

Die Mutter war zusammen mit einem Pflegebruder als einziges Kind ihrer Eltern aufgewachsen. Bei ihr waren die Spontantriebe schon im Keim erstickt worden, sie hatte weder zu Vater noch zur Mutter eine Gefühlsbeziehung, sondern paßte sich brav an. Zum eigenen Mann wiederholte sie wechselhaft die einst erlebte schwesterliche Zuneigung wie dem Pflegebruder gegenüber und teils einen verhüllten, teils unverhüllten Haß, wie einst gegen den strengen, wortkargen Vater. In der Ehe war sie kalt. Dem Kind Andreas gegenüber erfüllte sie als ausgebildete Säuglingsschwester ihre Mutterpflichten. Bei äußerlich betont positiver Einstellung zu ihm, lehnte sie ihn innerlich ab, während das zweite Kind Jörg unbewußte Wünsche in ihr stimulierte. Ohne Rücksicht auf die Gefühle des kleinen Andreas versuchte sie, auch ihn zum Bewunderer und Sklaven des Bruders zu machen, worauf die gespannte und hochexplosive Familiensituation am Verhalten von Andreas ins Wanken geriet.

1. Phase: *Die Schachtelmalerei*. Andreas hatte vorher Malkasten und Pinsel nicht kennengelernt. Nun lag beides mit einem großen Bogen auf dem Tisch bereit und hatte einen Aufforderungscharakter, während ich äußerlich passiv, aber mit freischwebender Aufmerksamkeit neben dem Kind saß. Andreas malte seine mitgebrachte rote Schachtel in jeder Sitzung. Später malte er jeweils noch eine Schachtel dazu, bis es drei waren, deren Proportionen er vorher mit den Fingern sorgfältig abgemessen hatte. Später malte er statt der roten Vierecke Dreiecke, plazierte sie nach und nach immer tiefer und malte schließlich blaue Girlandenlinien darüber und davor, was er als „Untergehen“ bezeichnete. Das Malen wurde durch lange Schweigepausen unterbrochen, während Andreas durch die Terrassentür eine sich im Wind bewegende Birke betrachtete. Schließlich malte er zu den Schachteln oder Dreiecken ein auf dem Wasser schwimmendes Birkenblatt hinzu. Durch affektiv ausgesprochene Personifikationen, wie „alte Schachtel“, „dreckige Schachtel“, „tausend Jahre alte Dreckschachtel“, „fette Schachtel, so, wie meiner Mama ihre alte Uhr“, durch Drohungen wie, „jetzt laß ich sie untergehen, die Schachtel“, wurden symbolisch Akte des Ertränkens dargestellt. Nach den Sitzungen war Andreas jedesmal völlig erschöpft.

Dann wurde die Behandlung durch eine Reise zur Großmutter nach einer Erkältungskrankheit des Kindes unterbrochen. Dort zeigte sich äußerlich eine Verschlechterung der Symptomatik. Andreas war unverträglich und warf seine Spielsachen vom Balkon auf die Straße.

2. Phase: *Die Spielphase im Garten* war nicht als kontinuierliche Abfolge zu sehen, wie sie hier behandelt wird, sondern schob sich stundenweise, durch das Wetter

bedingt, zwischen die übrige Behandlung. Andreas beobachtete lange und schweigend Pflanzen und Insekten, schöpfte aus einem Becken Wasser in ein anderes und spritzte mit dem Wasserschlauch Löcher in den Rasen. Schließlich eroberte er sich Stufe um Stufe das Wasserbecken, wofür vorher die Erlaubnis der Mutter eingeholt worden war. Als er die 5. oder 6. Stufe erreicht hatte, zog er sich schweigend die Kleidung aus und tauchte bis zum Hals ins Wasser, wobei er seine Gefühle sehr lautstark beschrieb. Danach legte er sich zugedeckt auf die Luftmatratze, wo er in der Sonne vor sich hinräumte.

Manuell war Andreas äußerst ungeschickt. Seine Finger waren schwach, er konnte keinen Knopf auf- und zumachen und nicht einmal allein urinieren; ja er ekelte sich sichtlich vor der ganzen Prozedur, was durch eine Besprechung mit der Mutter aufgegriffen und aufgehoben wurde.

3. Phase: *Das Zahlenschreiben*. Andreas begann von sich aus mit dem Zeichnen von Barometern und ihren Maßeinheiten. Gekoppelt damit war eine völlige Versunkenheit, wobei er nur leise Zahlen vor sich hinhin murmelte. Er malte wochenlang in jeder Sitzung Zahlen, Barometer, Uhren und begann, die Tausende von Zahlen, die er fein säuberlich malte oder schrieb, zu personifizieren und affektiv als Zahlenmama und Zahlenpapa anzusprechen. Empfindungen von Hitze und Kälte äußerte er indirekt, indem er ein Barometer in Afrika malte, wo es 30 Grad habe. Dabei begann er anfangs fast unmerklich, dann immer unbekümmerter zwanghaft unter dem Tisch zu onanieren.

Als Andreas wieder einmal die ganze Stunde schweigend mit dem Malen von Zahlen verbrachte und vor sich hinflüsterte, „ich mag sie, meine Zahlenmänner“, oder „guck, sie haben Schnäbel wie die Störche“, als die Widerstandsanalyse nichts fruchtete, mit der ich versucht hatte, seine Interessen auf eine andere Beschäftigung zu lenken, sprach ich das Kind auf sein Spielen mit dem Glied und das gleichzeitige Malen von Zahlen als der Darstellung *unlusterfüllten Wartens* auf den Vater an, was er sofort bestätigte. Er gab zu, in Wirklichkeit nur seine Ruhe haben und ungestört sein zu wollen.

4. Phase: *Der Konflikt und seine Bewußtmachung*. Zu jener Zeit gab die Mutter bei einer Besprechung ihr eigenes „Geheimnis“ preis, nämlich eine von Kindheit an zwanghaft ausgeübte Onanie. Mit der Bewußtmachung der Problematik von Mutter und Kind begann eine neue und positive Entwicklung, die sich darin zeigte, daß Andreas lebhafter wurde, die Menschen seiner Umgebung erstmals wirklich anschaute und nunmehr schneuzen, lecken und mit Sand und Wasser zusammen spielen konnte. Er gebrauchte anale Schimpfwörter und schmierte mit brauner Farbe in seinen Stunden ganze Bögen voll. Einmal malte er wiederum die rote Schachtel, übermalte sie schwarz und erklärte, nun sei ein „Willversuche“, ein Kuchen daraus geworden. Aus den Bilderbüchern wählte er eines aus, das nach Art einer Jonaslegende die Abenteuer eines Fischjungen schildert, der mit seiner Familie vom bösen Hai verschlungen wird, nachdem ihn die Muränenhexe bedroht hat. Durch die Klugheit des Fischjungen wird die Familie errettet, der Hai durch Umhängen einer Glocke kenntlich gemacht und ein verzauberter Prinz befreit. Wiederum malte Andreas viele Stunden lang jedes Detail der Geschichte, gab der Muränenhexe mit ihrem „bösen, fressigen Gesicht“ üble Schimpfnamen und malte dem Hai eine Brille auf die Nase, „wie der Papa eine hat“. Auf den letzten Bogen malte er ein embryoähnliches Wesen, das er als Fischkind bezeichnete.

Es setzte nun ein Wachstumsstoß ein, die Haltung des Kindes wurde straffer, seine Augen verloren den träumerischen Glanz, es berichtete von Beobachtungen, die es gemacht hatte und Erlebnissen. In seinen Sitzungen betätigte er sich konstruktiv und saß auch einmal untätig, aber entspannt da. Einmal kam er tiefbekümmert von sich aus zu mir und erzählte weinend auf dem Schoß sitzend, die Mutter habe den

kleinen Jörg viel lieber als ihn. Er litt bewußt und versuchte, damit fertig zu werden. Als er nach Beendigung der Einzeltherapie die Kindergruppe besuchte, fiel er zwar noch manchmal durch sein kauziges Wesen auf, ordnete sich jedoch ein und wurde von der Gruppe akzeptiert.

Inzwischen besucht Andreas mit Erfolg die erste Klasse einer privaten Oberschule und fällt nicht mehr auf. Die Eltern berichten, daß sie mit ihm zufrieden sind.

*Die Theorie:* Die Vorprägung zur Zwangssymptomatik und den autistischen Verhaltensweisen sehe ich a) genetisch aus der Anlage zur Hypersensibilität und der Hypersexualität aus der nicht gereiften, verdrängten und steckengebliebenen libidinösen Entwicklung seiner Eltern, b) als falsch erlerntes Verhalten durch inadäquate Erziehungseinflüsse von seiten seiner Bezugspersonen entstanden. Der Beginn der Zwangssymptomatik fällt in die Zeit kurz vor Eintritt in die analadistische Phase nach der Geburt des kleinen Bruders.

Verlassenheitsangst und Angst vor Liebesverlust führten zur Entstehung der Abwehrmechanismen: Regression und Projektion, Isolierung des schmerzenden Affektes, Reaktionsbildung, Identifizierung mit den Liebesobjekten und Verleugnung, sowie Ungeschehenmachen, wobei der Affekt immer wieder störend hervorbrach.

Die rote Schachtel symbolisiert gleichzeitig die Mutter als Liebesobjekt, die eigene Identifizierung mit der Mutter, den Wunsch, sie ohne Trennung zu besitzen und auch nur von ihr geliebt, d. h. „erfüllt“ zu werden. Der Anforderungscharakter von Pinsel, Malkasten, großen Bögen und schweigender Zuwendung meinerseits wirkte als analytisches „Drängen“, d. h. Andreas mußte die Schachtel wegstellen, um sie zu malen, er mußte sie loslassen und vergegenständlichte sein Problem sozusagen in einer ersten Spirale. Zuerst wird das Problem noch statisch dargestellt durch die archaische Starrheit der horizontalen und vertikalen Geraden. Zeitgefühl und Wahrnehmung als dynamische Faktoren werden dargestellt durch das Grün des Birkenblattes, das Blau des Wassers als vegetativer Zuwachs im Inhaltlichen und im Formalen als lockere Bewegtheit der Girlanden und Arkaden.

Von der Darstellung der Schachtel kommt Andreas zur Darstellung der Familientriade, aus der er sich ausgeschlossen fühlt. Die Triebfreundlichkeit der therapeutischen Situation drängt ihn dazu, die Beseitigungswünsche, d. h. das Ertränken offen darzustellen, was als physische Kraftanstrengung empfunden wird, so daß er sich nach seiner Stunde erschöpft fühlt. Der sogenannte Rückfall im Urlaub nach einer Erkrankung, die nicht als zufällig angesehen werden kann, zeigt das acting-out. Nunmehr werden motorisch aggressiv Gegenstände an Stelle der Eltern „beseitigt“.

Durch die Spielphase im Garten und am Wasser wurden nunmehr automatisch die Sinneswahrnehmungen und die Motorik aktiviert und somit die synthetischen Kräfte zur Realitätsfindung und -prüfung angeregt. Zudem wurde durch die Eigenerfahrung des Schmutzes der Beginn der analen Phase eingeleitet. Der Ekel vor dem eigenen Glied beim Urinieren, der offensichtlich eine Gegenbesetzung gegen Onaniewünsche darstellte, wurde durch verändertes Verhalten der Mutter und die Desensibilisierung des Handelns vermindert. Die Verstärkung der Sinneswahrnehmungen Hören, Sehen,

Beobachten, Tasten, führte zwar zur stärkeren Belebung der Antriebthematik und damit zur motorischen Entladung in der Masturbation der nächsten Phase, diente jedoch auch gleichzeitig dem Erleben und Objektivieren der nun beginnenden ödipalen Phase, wie sie sich im Zahlenschreiben darstellte. Das Manipulieren der Zahlen entsprach einem Probehandeln ohne Lösungsmöglichkeit, dem Vergleichen und Prüfen im Sinn des Sekundärprozesses, während das gespaltene Es im zeitlosen Urzustand des Primärprozesses mit frühinfantilem Lustgewinn verharrete. Zudem war das Zahlenschreiben die Abwehr gegen Kastrationsängste. Nunmehr wandte ich mich deutend an das noch instabile Ich des Kindes, das sich bereits aus der „fluktuierenden Hierarchie unbewußter Ich-Es- und Überichstrukturen“ herauszukristallisieren begann und durch die vorhergehenden Objektivierungen an Selbstverständnis gewonnen hatte und somit fähig war, seine ödipalen Wünsche ohne Angst auszusprechen.

Durch die nahezu gleichzeitige Preisgabe der Masturbation der Mutter und die Bewußtmachung war der Konflikt, seine Belebung und Lösung vorgegeben. Zeigte sich im Zahlenschreiben die zweite Spirale der Konfliktvergegenständlichung, die zur starren Symbolschrift der Horizontalen und Vertikalen die Bewegung mit der Girlanden- und Arkadenform ins Spiel brachte, so kam es nun zur Selbstdarstellung auf der dritten Spirale, der animalischen Stufe im Malen der Abenteuer der Fischfamilie und der Identifikation mit ihnen. Es kam nun zur affektiven Beseitigung der Bezugspersonen, die bewußt oder fast bewußt war. Im Laufe der Behandlung waren jedoch die Gesetze der primitiven Neurosenstruktur unwirksam geworden; durch die Stärkung der Realitätsprüfung wurde vom Kind Andreas verstanden, daß Wünsche keine Taten sind und daß sie keine Bestrafung nach sich ziehen. Somit kam es zur Steigerung des Selbstwertgefühles und zur Entzerrung der grausam archaischen Bilder, zum Verschwinden der phantasierten Irrealität und der Neutralisierung der Triebenergie. Professor Berne sprach beim Kongreß für Gruppenpsychotherapie in Wien den Satz aus, der mir auch für Andreas zutreffend erscheint: „Unsere Patienten sind in Frösche verwandelte Prinzen. Wir wollen keine besseren Frösche aus ihnen machen, sondern sie in die Prinzen zurückverwandeln, die sie waren. . .“.

### **On Psychotherapy of Infantile Autism**

Berta Margret Haub

The author presents a case of infantile autism, which she treated some years ago and gives account of the phases of the therapy. The young Andreas (5 years old) was brought to the psychotherapeutic treatment by his parents. His behavior in the kindergarten was not in conformity with his age: interest in particular fields of activity, like collecting fade leaves, writing numbers, measuring, whispering words and phrases without logical content. Moreover, a fly-phobia and tendency to catch cold. His behavior in the family was characterised by jealousy towards his younger brother, tendency to phantasy with excitability and occasional burst into tears. His father, an engineer, idolised him and was much occupied with his education. He taught him, since his third year, reading, number-writing and some mathematics. Andreas

mother was in psychotherapeutic treatment. Her ambivalent relation to her father, as well as to a foster-brother, was transferred upon her husband. She fulfilled irreproachably her task as a mother but she was refusing the child inwardly and preferred her second son to him.

The therapy advanced in four phases, which are thematically differentiated.

1. *Box-painting*: Andreas had not yet been acquainted with painting. A painting-case, a brush and a sheet of paper were put on the table in front of him. He began to paint his own red box as a square and then as a triangle. He then used to paint over it garland lines and called this "sinking". While painting, he called his box names, like "old box", "dirty box" etc. . . .

2. In a second phase, Andreas was observed while *playing in the garden*. He looked silently to plants and insects, brought water from one basin to another. He climbed once to the basin, took off his clothes and dipped himself into the water, while describing loudly his sensations. Andreas was clumsy in manual activity. He could not urinate alone and was disgusted by it.

3. In the third phase, Andreas had to *write and paint numbers*. He accomplished this, while uttering softly numbers and words. He personified these by calling them "number-papa" and "number-mama". In the same phase, the author observed that the child was masturbating under the table.

4. *Conflict coming to awareness*. In a fourth phase, Andreas' mother, having confessed that she lay, since her childhood, under a compulsory tendency to masturbate, her relation to her son was ameliorated. Andreas became more active and more interested in the surrounding world. He showed also analadistic traits. He painted once the story of a small fish who saved his family from a shark, which had swallowed them. This story he had read in an illustrated book for children. He was then able to give account of his observations and experiences (for example, his jealousy towards the brother). Afterwards he was put in a group of children, in which he was easily integrated. He went to the school and his parents were now satisfied with him.

The author discusses theoretically the case, affirming first the genetic factor, which she sees in the disposition of the parents to hypersensibility and hypersexuality, secondly the inadequate behavior of the parents. The symptom appeared shortly after the birth of the second son. Andreas experienced abandonment and anxiety towards the threat of losing love. This led to the activation of defense mechanisms. The red case symbolized the mother as the love-object, the identification with the mother and the desire to possess her. The second phase (play in the garden) strengthened the motoric and perceptive systems and thus the ability to test reality. The manipulation of numbers had to afford him the experience of resolving problems. Number-writing was also a defense against castration anxiety. In the fourth phase, he became able to represent himself and his family in an animal form. These identifications contributed progressively to his awareness of the conflict and to more self-consciousness.

Anschrift der Verfasserin:

Dipl.-Psych. Berta Margret Haub  
8 München 25  
Johann-Clanze-Str. 97

## Remarks on Infantile Autism (Discussion of Mrs. Haub's Case)

Rudolf Ekstein\*

It is with great pleasure that I discuss Mrs. Haub's case. She helped a young child avoid a serious, perhaps incurable illness, and did so in the comparatively short time of a mere hundred treatment hours. The abbreviated nature of the material, coupled with the difference in language, culture, and somewhat in theoretical assumptions, create difficulties for the discussant, but perhaps these remarks may nevertheless contribute to a better understanding.

Mrs. Haub's four-year-old patient Andreas, considered by her as an autistic child, undoubtedly displays certain autistic symptoms; nevertheless, when I think of the type of children whom Kanner has described and whom I have met in my experience with childhood psychosis, I would prefer not to choose the diagnosis of autism. I would much rather think of him as a borderline case, vacillating between an autistic position and interpersonal relations. He has acquired language, can express jealousy towards his smaller brother, and even though he was in danger of giving up contact with his environment in kindergarten, he was never fully isolated. He insists on having his parents' bedroom door open, gives clear indications of castration anxiety, and wants his mother to meet his anaclitic needs. One might even say that his timidity and wish to withdraw represent a kind of identification with the parents who are described as having similar traits.

Before I make some remarks about the excellent and interesting description of the therapy of this child, I want to make some general comments about the nature of childhood psychosis, with special reference to autism and symbiotic psychosis. Autism and symbiosis must be considered as normal phases in the development of the child and in the development of object relations. Before individuation and differentiation between self and non-self can take place, the child moves through autistic, megalomaniac and symbiotic phases which must be considered normal phenomena but which lead at times to severe pathological developments frequently resulting in seemingly incurable disease.

In pathological symbiosis we find a kind of fusion between mother and child which the child frequently experiences as the threat of being devoured and destroyed, and his beginning self tries to ward off this danger. While normally the fusion between child and mother is a form of communion and represents a protective symbiotic sac within which the process of individuation can continue, the pathological development forces the child to defend himself against fear of destruction by flight into autism. This autistic fortress — Bettelheim has called it the empty fortress — creates for the child some form of external security but drives him into an empty world. The real objects are experienced as lifeless and are used only as external tools. These children avoid objects or experience them as de-animated, as Spitz has described. Mahler compared the process of individuation with the development of the chicken: the chick lives in the egg, an autistic world; as it grows it breaks

---

\* Ph. D., Director, Research-Childhood Psychosis Program, Reiss-Davis Child Study Center, Training Analyst, Los Angeles.

out of the autistic world and the symbiotic eggshell and enters a world where there is a mother hen, and where the chick will become independent in the process of individuation. In children, this "hatching" process leads, as I suggested once, from communion to communication, from complete union with the mother to a relationship in which language is utilized as a symbolic process.

The case of little Andreas therefore should not be considered the severe illness described as autism. We would not expect this child to have to be removed from the parents, and to have to be treated for many years in order to gain capacity for language and human contact and the capacity to experience himself and others. Fortunately, this child started treatment early and was saved from total retreat into an empty fortress. His play with the box can be understood in terms of Winnicott's concept of the transitional object. The box that he had to carry around represents not only mother but also the self of the child, and must be considered a kind of link by means of which the contact between mother and child is maintained. Mother has to be considered a person who had to fight against the process of individuation, and thus did contribute to the difficulties of the child. The beautiful drawings which the child produced during the psychotherapeutic work show how he regained contact with the world. They not only represent his inner world but also the very real external world. The therapist describes a number of phases which were planned in part but were dependent on the psychic readiness of the child and therefore were also planned by the child.

At first the therapist permitted the little boy to build and maintain a relationship to her without words in order to allow a healthier re-experiencing of the communion phase with the mother. She permitted the child to experience that he could be himself and that he did not have to be afraid of her. During the first phase of treatment even a friendly interpretation was experienced as a threat. She tolerated his compulsive behavior and made it possible gradually to interpret to him the meaning of his relationship to numbers. Once he whispered: "I must make a thousand numbers, otherwise I would not accomplish this later in school." We thus see that he was preparing himself for school and the period of latency and did not really live in an autistic world. He worked through the demands of the parents. In the next phase he brings out his conflict through his drawings, and one might suggest that he tries to resolve his conflicts by creating a world which could be designated as pseudo-autistic. He says: "I behave that way so that I will be left alone". It is easy to understand that this defence will not suffice. The fairy tale of the Austrian poet is useful as a representation of his conflict with his parents and brother. The therapeutic work in which the fairy tale is utilized as a therapeutic metaphor approaches more and more the usual interpretative work utilized in child analysis or child therapy.

Certainly, the therapeutic work has brought the child to a point where he can face directly his problems with his family and school. Of course, we must ask whether he can bear the suffering, the current conflicts, without treatment; whether he has learned enough from the therapeutic experience and from interpretation so that he can attempt solutions which are age-adequate and are



no longer pathological. One must also ask whether the mother will now be free enough to refrain from treating either child or husband as infantile and helpless. But one can hope that the escape into the autistic position has been given up and that now normal development and maturation have been given another chance. Mrs. Haub and her colleagues have made this possible.

**Bemerkungen über infantilen Autismus  
(Diskussion des von Frau Haub vorgestellten Falles)**

Rudolf Ekstein

Der Autor hält in dem geschilderten Fall die Diagnose Autismus für zu weitgehend, er sieht darin einen Borderline-Fall, der zwischen autistischen Reaktionen und inter-personalen Beziehungen oszilliert.

Weiterhin hält der Autor Autismus und Symbiose für normale Phasen in der Entwicklung des Kindes und der Entwicklung von Objektbeziehungen. Vor der Herausbildung des Individuums und der Differenzierung zwischen Ich und Nichtich durchläuft das Kind autistische, megalomanische und symbiotische Phasen, die als normal betrachtet werden können, aber zuweilen zu pathologischen Entwicklungen führen können, zum Verharren in einer dieser Phasen. Die pathologische autistische Reaktion stellt einen Abwehrmechanismus gegen die Angst dar, von der Umwelt vernichtet zu werden.

Author's address:

R. Ekstein, Ph. D.  
Reiss-Davis Child Study Center  
9760 West Pico Bld  
Los Angeles, California 90 035  
USA

# The Catalytic Role of Crucial Friendship in the Epistemology of Self-Experience in Montaigne, Rousseau and Freud\*

M. Masud R. Khan\*\*

This paper is the offshoot of a larger preoccupation of mine at the present moment with the whole issue of the development of the epistemology of self-experience in the Judo-Christian cultures of the West. Working on that theme, I somewhat arbitrarily decided that three personages could be used as the iconographers of the epistemology of self-experience in this tradition: Montaigne, Rousseau, and Freud. Once I began to study the lives and works of these three persons, one particular element seemed to dominate in their life experience which was of formative importance towards the crystallisation of their particular vision or theory. Namely, that of crucial friendships. It is this that has made me pause in the larger study and examine the role of crucial friendships in crystallising both the character and the direction of their researches into their self-experience.

I am offering the tentative hypothesis here that in the sixteenth century, the process of the absence of the presence of God in man's consciousness had started in a definitive and irreversible way in European cultures. And it reached its climax in Nietzsche's declaration through Zarathustra in 1885: "God is dead".

The process of the recession of God's presence is complemented by the advent of the scientific methodology. Through the latter, gradually, a completely new way of looking at human beings, not as made in the image of God, but more on the model of a machine, has become the primary bias of enquiry into human behaviour. It is the argument of this paper that the hypothesis of the autonomy of the mind on the model of the autonomous self-contained functionality of a machine is a myth. The human individual, from time immemorial, has always needed someone other than himself to relate to and to know himself with.

I shall not concern myself with the precursors of the monotheistic God in pagan and primitive cultures, nor shall I here explicate how through the presence of God man found for some three thousand years a unique instrument both of relating to himself and objectifying his own nature. Here, I shall concentrate only on a hunch of mine which I am offering as a hypothesis with a self-conscious dogmatism. Namely, that crucial friendship with the other became exigent only when there was a gap left by the absence of God's presence; and the first example of this is Montaigne's relation to La Boétie in the sixteenth century. It was not necessary for St. Augustine to involve himself in a human relationship in order to write his *Confessions*. God was a sufficient witness and object for him to achieve that end. But it was very crucial to Montaigne's invention of the whole genre of essay, and his achieve-

---

\* Lecture given to the Progressive League Week-End Conference at High Leigh, Hoddesdon, Herts., England, 8th November, 1969.

\*\* Psychoanalyst, Associate Editor of the International Journal of Psychoanalysis and Editor of the International Psycho-Analytical Library, London.

ment of his project, that he had this relationship with La Boétie to weave his own narrative of self-experience from, which, after all, is the bulk of the contents of *Les Essais*.

This is briefly my hypothesis, which I shall now explicate through cryptic abstractions of the role of crucial friendship in three lives: those of Montaigne, Rousseau, and Freud. I deliberately call my account “cryptic abstractions” because I do not wish to pretend to be offering you an analysis of these friendships, but only to try and capture the metaphor of their signification to the best of my ability.

#### *Montaigne and La Boétie*

Montaigne’s ancestry included both the Christian and the Jewish elements. His maternal grandfather, Pierre Lopez, had travelled to France at the end of the fifteenth century, chased by the Inquisition. Montaigne was born on the 28th February, 1533, in Château de Montaigne, which his paternal great grandfather had bought in 1477. The importance of the Château as a setting can hardly be overrated in Montaigne’s development. His father, Pierre Eyquem, was a rich wholesale merchant of considerable culture, who was particularly determined that his son should be raised in the highest tradition of education available at that time. The result of this was that Montaigne, under a German teacher, learned to speak and write Latin before his native tongue, French. He was sent to the Collège de Guyenne to study from 1539 - 1546, and later he pursued courses in Law at Toulouse. He became a Councillor at the Cour des Aides de Périgueux in 1554, and later, in 1557, Councillor to the Parlement de Bordeaux. It was here that his friendship with La Boétie started. La Boétie was a man of very extraordinary and precocious achievement. Theirs was a short but intense friendship which lasted over a span of some five years. La Boétie was a more mature and achieved person than Montaigne at this point, and the friendship ended by La Boétie’s sudden death in 1563 at the age of thirty-three. La Boétie was three years older than Montaigne. Montaigne’s relationship with La Boétie should not be measured by its duration in time, because Montaigne internalised this relationship and idealised it into a private presence that was to guide him for the rest of his life. Montaigne got married in 1565, and his father died in 1568. In 1571, he published some translations of La Boétie, and his poems. Also in that year, he retired to the Château de Montaigne, where he built himself a huge, private setting by way of a library, and he was to spend the rest of his life crystallising a new form and way of knowing oneself, which eventually was to find its expression in *Les Essais*.

The first edition of *Les Essais* appeared in 1580. There were going to be three editions. The second was in 1588, and the third one after his death (1593), in 1595.

The retreat of Montaigne to the Château de Montaigne should not be misread as a negation of life. Montaigne lived, in fact, a fairly active life, both politically and socially, and he travelled vastly, particularly in 1580–1581 to Germany and Italy. All of these experiences reflect themselves in the superimpositions that we discover in the three editions of *Les Essais*, because the definitive edition of *Les Essais* in 1580 is built like a collage, where different stages of

Montaigne's own evolution are transparently superimposed upon each other. Also, Montaigne was very closely related to the Court and the political affairs of his time. I am stressing this because the dialogic process between a withdrawal towards the self in the omnipresence of an internal object, La Boétie, and a rather vivid and sagacious participation in the affairs of his time, characterises the essential humanism and sagacity of Montaigne. Montaigne himself has given a most poignant description of his relationship to La Boétie in his essay, "On Friendship". I shall quote you a few passages.

"If I were pressed to say why I love him, I feel that my only reply could be: 'Because it was he, because it was I.' There is, beyond all my reasoning, and beyond all that I can specifically say, some inexplicable power of destiny that brought about our union. We were looking for each other before we met, by reason of the reports we had heard of each other, which made a greater impression on our emotions than mere reports reasonably should. I believe that this was brought about by some decree of Heaven. We embraced one another by name. And at our first meeting, which happened by chance at a great feast and gathering in the city, we found ourselves so captivated, so familiar, so bound to one another, that from that time nothing was closer to either than each was to the other. . . ."

"... Such a friendship has no model but itself, and can only be compared to itself. It was not one special consideration, nor two, nor three, nor four, nor a thousand; it was some mysterious quintessence of all this mixture which possessed itself of my will, and led it to plunge and lose itself in his; which possessed itself of his whole will, and led it, with a similar hunger and a like impulse, to plunge and lose itself in mine. I may truly say *lose*, for it left us with nothing that was our own, nothing that was either his or mine. . . . I have dragged out but a languishing existence, and even such pleasures as come to me, far from consoling me, redouble my grief for his loss. We were equal partners in everything, and I seem to be robbing him of his share. . . . I had grown so accustomed to be his second self in everything that now I seem to be no more than half a man."

These are the bare and bleak facts of an extraordinarily rich experience that was to provide the first turning point in the established religious technique of man's becoming aware of himself. Much has been written and debated about Montaigne's agnosticism, scepticism, epicureanism, and his religiosity, but the essential fact that concerns us here is that Montaigne established a private space in his library at Château de Montaigne for himself, and in this space he lived through an extremely devout relationship to an inner presence, which was not that of God, but that of another human being. Thus, Montaigne becomes perhaps the first precursor of what Freud, some three hundred years later, was to evolve further and establish as a clinical situation: namely, that of the analytic setting, and the relationship between the analyst and the patient.

The differences are also important. Montaigne's *Essais* have no therapeutic intent, and also, unlike Rousseau's writings, they have no intention as such to revolutionise or programme others to a new vision. In his Foreword to *Les Essais*, Montaigne explicitly states:

"This, reader, is an honest book. It warns you at the outset that my sole purpose in writing it has been a private and domestic one. I have had no thought of serving you or of my own fame; such a plan would be beyond my powers. I have intended it solely for the pleasure of my relations and friends so that, when they have lost me — which they soon must — they may recover some features of my character and dis-

position, and thus keep the memory they have of me more completely and vividly alive.”

There are two other characteristics of Montaigne’s retreat into his Château and his internalised relationship to La Boétie that deserve comment. In the mediaeval ages, it was not unknown for persons of sensibility and imagination to retreat into monastic orders and concentrate on their self-experience in the presence of God. What characterises Montaigne’s venture is that he retreats into a very private space which is secular: namely, the library of his own Château, and in it he establishes an even more private relationship to a human being who is now absent. This secularisation of self-experience is perhaps Montaigne’s unique contribution towards the epistemology of self-experience, and it reflects itself in the style of his *Essais*. Montaigne’s relationship to La Boétie was inclusive of all his other experiences, and these other experiences are of two kinds: literary and socio-personal. The *Essais* are well known for their vast anthologising of quotations from the literature that was available to Montaigne, and all of this literature is used by Montaigne towards an enlargement of his own self-experience. Similarly, whatever happens in his life is turned into a metaphor for the *Essais*. This way, Montaigne’s inner reality becomes totally inclusive of the human environment and its tradition outside. Perhaps today it is hard for us to properly evaluate what an enormous psychological adventure that was, because up till then everything in human self-experience found its authenticity and validity in terms of its subservience to man’s more essential experience of God. To transgress against that tradition and establish man’s relationship to man as the exclusive and sole referent of self-experiences was indeed a revolutionary step.

### *Rousseau and the Other*

Any abstraction of Rousseau’s tortured, harassed, and impassioned existence is bound to do violence to its verity. In many ways, he is the opposite of Montaigne. He was his own invention, and he needed the other so passionately in order to reject it even more violently, so as to define his own ideal image of himself, and through that, of human nature. Unlike *Les Essais*, Rousseau’s *Confessions* are not so much an account of a lived life as the transformation of memory towards metaphorising what Rousseau wanted himself to be. He aimed after an ideal sincerity towards an ideal self, and the opening sentences of *Les Confessions* immediately establish both the character and the difference between Rousseau and Montaigne. Rousseau is all paradox and contradiction. “I have resolved on an enterprise which has no precedent, and which, once complete, will have no imitator. My purpose is to display to my kind a portrait in every way true to nature, and the man I shall portray will be myself.”

Then he goes on to say:

“I know my own heart and understand my fellow man. But I am made unlike any one I have ever met; I will even venture to say that I am like no one in the whole world. I may be no better, but at least I am different.”

A little later, he announces: “I felt before I thought”, and then goes on to say paradoxically, a few lines further: “. . . it is from my earliest reading that I date the unbroken consciousness of my own existence.

The facts of Rousseau's life are as follows. He was born on the 28th June, 1712, and his mother died some nine days later. He inherited the myth of a romantic mother, and lived the hysterically exaggerated grief of a somewhat scandalous father. Very early on, he learned how to create his environment around him by special magical acts, which were to be the feature of the whole of his life. He tells us in *Les Confessions* that in his childhood he was "idolized by everyone", and Rousseau's account of his life is a very true rendering of this process of idolisation of self.

It is not my intention here to give an analysis of Rousseau's character. What is important for my argument is to say how Rousseau as a child acquired the bias to evoke deep attachments which he would then disown, because somewhere nothing could ever match the ideal expectation in him towards his ideal self. All his life he was to feel nurtured only by his own resources, whereas the facts are that few people received so much generosity, affection, and support as Rousseau did. And yet at the end of his life, he was in a paranoid, delusional, total isolation, and it was from this climate in himself that he had written *Les Confessions*. When one looks at Rousseau's life, one finds that a string of personages play a very important role. First, Mme. de Warens, who nurtured him after he had run away from Geneve in 1728. It was she who led to his conversion to Catholicism, and in the end, in 1733, he became her lover, and spent one of his idyllic periods at Charmettes in 1736/37. Gradually, from here, disillusionment creeps in, and he goes to Paris in 1743. He conquers Paris, in a manner of speaking, from 1744—1750, and during this period he starts his relationship with Thérèse Levasseur. She bore him four illegitimate children, all of whom he abandoned to foundling homes, while he was contemporaneously writing his books on the education of children, the wisdom of which cannot be questioned. Around this time he also met Diderot, with whom he was to quarrel a few years later. And it is here that his whole chequered career of setting up different habitats with different personages starts, including the most dramatic of them: that with the English philosopher, Hume, in January-March, 1766.

During this period, when he was at Wootton, he started writing *Les Confessions*, which he ended writing in 1767. In 1768, belatedly, he married Thérèse Levasseur. In 1769, he started on the second part of *Les Confessions*. Then followed the years of almost delusional, paranoid unrest, feeling himself persecuted, clinging to and rejecting people in turn. But from all this melodramatic existence, Rousseau was to create an ideal diagram of an ideal human being in an ideal social context. Rousseau died in 1778, and it cannot be denied that his work was one of the most important contributions to that ferment which stormed the Bastille in 1789, and later on, when the political movement had died, to transcend the episodic anarchy and become one of the guiding spirits of the Romantic Movement through the nineteenth century.

Rousseau's use of friendship is as distinctively different from Montaigne's as is the character of Rousseau's work. Rousseau needed to have friends in order to hate them and in order to love himself better, and his work is essentially in this spirit: idealistic, revolutionary, and supra-personal. Just as Rousseau's own experience did not include the others in their living sentience and

humaneness similarly Rousseau's work in its idealism excludes the human nature as it is, and postulates the human reality only as it should be. Thus, Rousseau becomes the unique visionary of the epistemology of the self-experience.

I have deliberately eschewed detailing Rousseau's friendship with various men and women because the important element in Rousseau's friendship was his style of non-relating to the other in order to intensify his own awareness of his idealised notion of his self that he had nurtured since childhood, and to which he gave an epic expression in his various philosophies of the human individual as well as social environment. The sickness in Rousseau's actual relationship should not misguide us into devaluing the true virtue of his vision of the human individual in its ideal potentiality.

The human consciousness needs the humanistic pragmatic wisdom of a Montaigne as much as it needs the visionary zeal and scope of a Rousseau's idealistic schema of self-experience. To these two vectors, the humanistic and the visionary, Freud was to add the third — the empirical! And these three vectors conjointly provide that triangle of psychic reality in the individual which allows for maximal experience of Self in the individual.

### *Freud and Fliess*

The friendship of Freud and Fliess is perhaps the most singular in its nature and certainly the most unique in its consequences, in so far as it facilitated the discovery of psycho-analysis by Freud. When the editors of the *Freud/Fliess Correspondence*, Anna Freud, Bonaparte, and Kris, entitled it "The Origins of Psycho-analysis", they established the fact that it was this relationship in Freud's life that he had used to arrive at the fruition of his own genius and potential in a maximal way.

We are very fortunate in having two detailed accounts of this friendship: one in Freud's letters to Fliess (1887—1902) and the other from Ernest Jones in his definitive and official biography of Freud. Unfortunately, Freud destroyed Fliess's letters to him; and Jones' account has grave shortcomings. Jones had access to all the material but he was rather a biased witness. Whenever it was an issue of those whom Freud had cherished, Jones always reacted towards them with a peevishness that is little short of malice, and Fliess does not escape this ungraciousness on Jones' part. Still, enough is available for us to reconstruct the catalytic role of this friendship towards Freud's actualisation of his discoveries.

Freud was thirty-two years of age when he met Fliess in 1887, and Fliess was two years younger. Freud was married at the beginning of the relationship, and by the time it reached its climax in 1897, he had all the six children that he was going to have. Freud and Fliess both shared not only a cultural tradition, but an academic one as well — being doctors of Jewish faith and nurture. Freud had come through his years of tutelage and apprenticeship and was on the threshold of his great discoveries. His relation to Breuer was beginning to wane, or to put it more accurately, he was rapidly outgrowing Breuer. Intense friendships had played a formative role throughout Freud's youth, and were to continue to do so later.

But this one with Fliess was to occupy a very special place, because it was spread over that heroic period in Freud's life (1887—1902) when he was to expand his own consciousness in a way that would lead to a dramatic change henceforth in the consciousness of the human individual. These years of acute stress, anguish, anxiety, distress, discouragement, and exultation of unmatched discoveries were sustained for Freud by his relation to Fliess. This was a relationship sustained largely by correspondence, nourished sentimentally by occasional meetings, which Freud christened their "congresses". Freud practised in Vienna and Fliess in Berlin. And it was just as well, because one wonders whether that friendship could have sustained the further strain of too intimate and frequent a relationship. Perhaps one attribute of genius is that it knows how to respect its limits of temperament and sensibility. Freud was, furthermore, an adept at long-distance relationships sustained by correspondence. During his four years of betrothal to Martha Bernays, he had written her some nine hundred letters, and had been separated from her for over three years.

When Freud met Fliess in 1887 he was still experimenting with hypnotic and related techniques. He was also starting to venture forth towards a new technique of relating to patients as a person that would enable them to experience themselves in a way unknown up till then. The climax of Freud's friendship with Fliess (1895—1900) covers his lifespan where he made his most momentous discoveries that were to change the character of the consciousness of man in the Twentieth Century. But most importantly, Fliess supplied the supportive presence in the background to Freud's most audacious and unique undertaking: his self-analysis. We know from his letter of the 14th November, 1897, that he had finally launched on his self-analysis in the summer of that year — this was nearly a year after his father's death.

In this letter, Freud makes the revealing statement: "My self-analysis is still interrupted. I have now seen why. I can only analyse myself with objectively acquired knowledge (as if I were a stranger); self-analysis is really impossible, otherwise there would be no illness". I do not think it is too much to claim for this friendship that it alone made Freud's self-analysis possible and helped him to discover his analytic method, the essence of which is that a person can observe himself as-if the other through the presence and instrumentality of an actual other. Fliess had been this "actual other" facilitating and sustaining that benign dissociation in Freud vis à vis himself which helped him make his essential discoveries into infantile sexuality, the unconscious, Oedipus Complex, and all the various psychic functions that are entailed in these, both as defence and as process.

With the hindsight available to us through Freud's researches and analytic method, it is not difficult to ascertain how much of Freud's relation to Fliess has all the patent characteristics of a transference-relationship: his lurid over-idealisation of Fliess, his over-estimation of Fliess's intellect, his impassioned dependence on Fliess's judgement and approval, and its transience. It lasted twelve years, had its climax, and then it sundered. Both of them survived it and stayed aloof from each other. Fliess died in 1928, but after 1902 there was no direct contact between them, and when Fliess wrote to Freud on



hearing of Freud's cancer, Freud disregarded the letter. It is too facile to make an issue of the acrimony in which they parted. It is hardly possible that a friendship that served such an extraordinary end could have survived it. Freud had worked through his inner crisis to its fruition via Fliess. He had outgrown Fliess and found his true stature and confidence. There could be no longer any mutual bond between them: they were very unequal in endowment, and even more unequal in their achievements.

What concerns us here are not the private psycho-dynamics of this friendship, but Freud's use of it towards the invention of the psycho-analytic method as an instrument of research into a person's self-experience by himself aided by the other. The model on which Freud refined and enlarged his analytic method was that of his relation of friendship with Fliess. Montaigne had asked the question: What do I know? (*Que sais-je?*); and Rousseau: Who am I? (*Que suis-je?*); and Freud added the third dimension: How am I what I am, and how can I know it? The answer he arrived at was that it is not possible to know oneself through one's introspection alone. One needs another to know oneself with. And this is our gain from Freud's friendship with Fliess: the analytic method. Thus, to Montaigne's humanism, and Rousseau's visionary idealism, Freud added the missing ingredient: empiricism of self-experience!

### *Conclusion*

I am aware of a certain ponderous awkwardness in the title: "The Catalytic Role of Crucial Friendship in the Epistemology of Self-Experience". Why not simply say: "Role of object-relations in Self-Knowledge". No doubt friendship is an object-relationship of a specialised kind and yet it strikes me as larger and more comprehensive than the concept of object-relations. It can include relating and not relating to an object as in the case of Rousseau, a long devotion to a lost object as in the case of Montaigne, and a highly specialised, intense, as well as ambivalent use of an object in his living presence and reciprocity, as in the case of Freud. As to the distinction between experience and knowledge, it seems to me that knowledge is essentially a mind-acquisition, and I wanted to avoid the Cartesian dogma: "I think, therefore I am". What I have tried to show is that in self-experience, the role of a specialised human object-relationship is very necessary; otherwise a purely mental apprehension of self leads either to ethics or metaphysics. And at this point I want to pick out for discussion an aspect of Fliess's role in Freud's life and thinking which strikes me as perhaps the most fateful one for the specific characteristics of Freud's analytic method.

Freud had grown up and graduated in an intellectual climate where the scientific models enjoyed the extreme prestigious status. He was a follower of the school of Helmholtz, and for years tried desperately to create a psychology that would be based on nemo-physiology and biology. Superficially, Fliess' vast and varied interests in different scientific disciplines like biology, mathematics, neurology, etc., intrigued Freud. And yet through his critical years of discovery (1897—1900), Freud discovered the role of a human object-relation to be the most imperative in the deepest functionings of the human

mind and psyche. Though he still persisted with his attempts to find a "scientific psychology" aiming to "represent psychical processes as quantitatively determined states of specifiable material particles", the discovery of transference in and with his patients, and specifically in his relation to Fliess, compelled Freud to change his course and try to establish a "metapsychology" instead of a "scientific psychology". In Freud's metapsychology, the human experience is essentially conditioned and determined by object-relationship. And this to me was the greatest gain to Freud from his relation to Fliess: it saved him from opting out for yet another arid psychology of mental apparatuses and its mechanisms only, a psychology of merely the "I think". In Freud's metapsychology, knowing, being, and relating become an integral part of the self-experience.

Lastly, I want to briefly examine the specific nature of crucial friendships in these three persons. Montaigne had enjoyed a brief, intense, and mutual affection with La Boétie. It is this he had internalised, and there is not a single hint in the whole of his *Essais* about any contamination of this idealised affection in him. Montaigne did not have to cope with any ambivalence in himself vis à vis La Boétie. The absence of La Boétie made his presence absolute. In the case of Rousseau, ironically enough, he was always searching for a loss and only through this experience of loss could he define his ideal diagram of the individual. Somewhere he was aware of this need of loss in himself. In the very beginning of the *Confessions*, talking about his father, he says: "I was the unhappy fruit of his return. . . . So my birth was the first of my misfortunes". And in a letter, he says: "Whether from temperament or from the habit of misfortune, I bear within me a source of sadness whose origin I cannot really discover". Rousseau, too, was unaware of the role of hate in his own sensibility. He only became conscious of it as rejection and persecution from the outside.

Freud alone, it seems to me, managed the heroic task of becoming aware of the role of love and hate in his self-experience.

Reading his correspondence with Fliess and the many references to Fliess that he turns up in his dreams, leave one in no doubt that Freud had battled with very intense feelings of ambivalence vis à vis Fliess. All his acute depression and many symptoms which led Jones to rather glibly designate his friendship with Fliess "in some respect neurotic" are really no more than the working through of ambivalence. Human beings, until Freud, had always divided their affections into loving or hating, but never, to my knowledge, loving and hating. And it is precisely the courage to take on this task intrapsychically that made Freud's epistemology of self-experience unique in so far as it became an empirical situation of working through the basic conflicts of love and hate vis à vis the other as well as oneself.

There is no doubt that in such crucial friendships one party always "suffers". In Montaigne's case, the issue was resolved beforehand in so far as La Boétie died. Rousseau continuously outgrew every friendship, but experienced it only as rejection, and returned to his inconsolable isolation. In Freud's case, also, Freud outgrew Fliess. Perhaps it is the unique property of the presence of God that it alone is inexhaustibly present. We have now arrived at an era

where we have to face the fact that human beings with rare gifts, where they use the other as a catalyst towards the fruition of their self-experiences, have to face the responsibility of destroying the agent into the bargain. Freud did that with a courage that is unmatched and unparalleled in the history of human relationships, as I know it. And he put ambivalence as the central issue of the clinical situation through which the individual could explore his own inner reality in a maximal way. One could argue that what is unique about the clinical situation is that the analyst survives both the loving and the hating of the patient as a person, and the patient as a person at the resolution of the relationship survives it, too, and is the richer for it.

I have tried to show the catalytic role of crucial friendships towards the epistemology of self-experience. I hope I have given some idea of how only through the human use of human beings can a true definition of self-experience be achieved, and this entails more than love. It compels the inclusion of hate as well. All the epistemologies which have been so assiduously worked out by the philosophers have shirked this basic human role in self-experience, and it is for this reason that I have picked on three people who needed the human other to define the nature and character of their self-experience, which they could then abstract and make available to us either as wisdom, as in Montaigne; or visionary idealism, as in Rousseau; or empiricism of object-relationships, as in Freud. Furthermore, one last definition has to be made — namely, that with Montaigne self-experience was restricted to observation of self through others; with Rousseau self-experience was, to use James Joyce's phrase, "auto-mystic"; but it is only with Freud that self-experience finds its true instrumentality through the other for reflective introspection and discovery.

### **Die katalytische Funktion der Freundschaft im Prozeß der Selbsterfahrung bei Montaigne, Rousseau und Freud**

M. Masud. R. Khan

Der Autor beschreibt anhand der drei Modell-Freundschaften: Montaigne-La Boétie, Rousseau und der Andere, Freud und Fliess, welche ausschlaggebende Rolle die Erfahrungsfähigkeit gegenüber einem anderen Ich für die Erforschung (Charakter und Dimension) des menschlichen Selbst gespielt hat.

Im 16. Jahrhundert begann, innerhalb des europäischen Kulturraums, die Ferne und Abwesenheit Gottes das menschliche Denken zu beschäftigen. Sie wurde vom Fortschritt der Wissenschaft begleitet, die den Menschen zwar nicht mehr als Ebenbild Gottes, sondern nach dem Schema einer Maschine begreift. Dagegen versucht diese Arbeit, aufzuzeigen daß das menschliche Individuum von jeher ein anderes Selbst brauchte, um sich mit ihm zu verbinden und sich dadurch selbst zu erfahren.

Montaigne, 1533—1593, genoß die bestmögliche wissenschaftliche Ausbildung seiner Zeit, studierte Jura und wurde schon mit 24 Jahren Abgeordneter. In dieser Zeit begann seine Freundschaft mit dem reiferen La Boétie. Als dieser starb, internalisierte Montaigne ihre Beziehung und idealisierte sie in Form einer heimlichen Zwiesprache bis an das Ende seines Lebens. Er zog sich in seine große Bibliothek zurück, wo er seine Selbstbeobachtungen in *Les Essais* niederschrieb, zugleich nahm er aber aktiv am politischen und sozialen Leben teil. Montaigne lebte in der Verehrung eines internalisierten Objektes, nicht mehr Gottes, sondern eines anderen mensch-

lichen Wesens. Damit ist er gewissermaßen Wegbereiter der klinischen Situation, die Freud erst 300 Jahre später entwickelte: Der analytischen Beziehung zwischen Patient und Analytiker.

Rousseau, 1712–1778, hatte seine Mutter nach seiner Geburt verloren, lebte in der Atmosphäre hysterisch übertriebener Trauer und war während seiner Kindheit ständig bewundert und verwöhnt worden. Sein Lebensbericht ist eine treue Wiedergabe dieses Isolierungsprozesses vom eigenen Ich. Rousseau hatte geglaubt, sein ganzes Leben nur aus eigener Kraft geschöpft zu haben, dabei haben nur wenig Menschen soviel Großzügigkeit und Zuwendung erfahren wie er. Am Ende seines Lebens befand er sich in paranoider, vollkommener Isolation, in der er sich an Freunde anklammerte, sie aber zugleich verstieß. Aus dieser melodramatischen Lebenssituation ist ein idealistischer Entwurf eines idealisierten menschlichen Wesens in einem utopischen sozialen Zusammenhang entstanden.

Es gibt zwei Zeugnisse dieser einzigartigen Freundschaft, die Freud die Entdeckung der Psychoanalytischen Methode ermöglicht hat: Freuds Briefe an Fliess (1887–1902) und die Freud-Biographie von Ernest Jones, die allerdings erhebliche Mängel aufweist. Diese Freundschaft hat in Freuds Leben einen besonderen Stellenwert, weil sie in die Zeit der großen Entdeckungen fiel und Freud in dieser schweren entbehrungsreichen Zeit unterstützte. Sie wurde hauptsächlich durch regen Briefwechsel aufrechterhalten, unterbrochen von gelegentlichen Treffen, die Freud „Kongresse“ taufte. Das wichtigste Moment dabei ist die Unterstützung, die Fliess durch seine Person der Selbstanalyse Freuds bot.

1897 schrieb Freud an Fliess, daß die Durchführung einer Selbstanalyse wirklich unmöglich sei (sonst wäre Krankheit gar nicht denkbar), es sei denn, man betrachte sich selbst wie einen Fremden. Diese Freundschaft allein machte Freuds Selbstanalyse möglich und half ihm bei der Entdeckung der analytischen Methode, die beinhaltet, daß ein Individuum sich selbst beobachten kann, als wäre es sein eigenes Gegenüber mit Hilfe eines tatsächlichen Gegenüber. Dieses andere Gegenüber war für Freud Fliess. Seine Beziehung zu ihm trägt deutliche Züge einer Übertragungsbeziehung. Nachdem sie nach 12 Jahren ihren Höhepunkt erreicht hatte, trennten sie sich.

Montaigne und Rousseau haben Ambivalenz in ihren Freundschaften nicht gelebt. Nur Freud hat Liebe und Haß in seiner Selbsterfahrung durchgestanden und der Erforschung der menschlichen Psyche zugänglich gemacht. In derart starken Freundschaften gibt es immer einen „leidtragenden“ Teil. Wenn Freud die Rolle der Ambivalenz in den Mittelpunkt der klinischen Situation stellt, so kann man die Parallelen ziehen, daß der Analytiker als Person Liebe und Haß des Patienten überlebt, genau wie der Patient, der in der Auflösung der analytischen Situation daran gewachsen ist. Freud hat zu Montaignes Humanismus und Rousseaus visionärem Idealismus den fehlenden Zusammenhang gefügt: Die Empirie der Selbsterfahrung.

### Literature

- Descartes, R. (1968): *Discourse on Method and Other Writings* (London: Penguin Books).
- Freud, S. (1954): *Origins of Psycho-Analysis: Letters to Wilhelm Fliess, 1887–1902.* (Imago), London.
- Jones, E. (1957): *The Life and Work of Sigmund Freud* (New York: Basic Books).
- Montaigne, M. de (1958): *Essays* (London: Penguin Books).
- Nietzsche, F. (1961): *Thus Spoke Zarathustra* (London: Penguin Books).
- Rousseau, J.-J. (1954): *Confessions* (London: Penguin Books).
- Saint Augustine (1961): *Confessions* (London: Penguin Books).

## **Kongreß- und andere Nachrichten / Conventions and Other News**

### ERSTE EINLADUNG

Die Deutsche Akademie für Psychoanalyse e. V. (DAP) und die Deutsche Gruppenpsychotherapeutische Gesellschaft e. V. (DGG) veranstalten vom 1. bis 7. August 1971 das

### 3. INTERNATIONALE SYMPOSION ÜBER ANALYTISCHE GRUPPEN- PSYCHOTHERAPIE.

Ort des Treffens ist die Tagesklinik für intensive Gruppenpsychotherapie auf Stelzerreut/Kumreut bei Passau im Bayerischen Wald. Die Tagung steht unter dem Leitthema: „Kreativität und Gruppe“. Untersucht werden soll die Dynamik schöpferischer Prozesse in Gruppen.

Das wissenschaftliche Programm wird begleitet von gruppenspezifischer Selbsterfahrung. In parallellaufenden T-Gruppen, die am 25. Juli 1971, eine Woche vor Beginn des Symposions, auf Stelzerreut beginnen, können sich die Teilnehmer auf die Tagung vorbereiten. Diese T-Gruppen tagen bis zum Ende des Kongresses. Alle Teilnehmer des Symposions haben außerdem Gelegenheit, in einer Marathon-Selbsterfahrungsgruppe zur Kongreßdynamik die Kommunikationsprozesse der Tagung zu analysieren.

Teilnehmen können:

Mitglieder der veranstaltenden Gesellschaften DGG und DAP, Mitglieder affilierter Gesellschaften, qualifizierte Gäste, Studierende der Psychoanalyse, Psychiatrie, Psychologie und Soziologie, die sich in fortgeschrittener Ausbildung befinden.

Interessenten wenden sich bitte an das

Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik Berlin (LFI)

1 Berlin 15, Wielandstraße 27—28

Anmeldungen für Referate nimmt entgegen:

Dr. med. Günter Ammon, 1 Berlin 15, Wielandstraße 27—28

Synopsen werden bis zum 1. Nov. 1970 entgegengenommen. Die Referate selbst sollen bis zum 1. Febr. 1971 vorliegen.

### FIRST ANNOUNCEMENT

The German Academy for Psychoanalysis and the German Group Psychotherapeutic Society are pleased to announce the

### 3. INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON ANALYTIC GROUP PSYCHOTHERAPY.

The Symposium takes place from August 1st. to August 7th., 1971 at the Day-Hospital for Intensive Group Psychotherapy in Stelzerreut/Kumreut near Passau in the Bavarian Forest. The leading theme will be "Creativity and Group".

The scientific program is supplemented by group-dynamic experience. There will be several T-Groups, which start a week before the opening of the Symposium and are held during the congress. An additional marathon group for all participants of the congress will be held in order to analyse the group dynamics of the congress.

Invited for participation are:

Members of the German Academy for Psychoanalysis and the German Group Psychotherapeutic Society, members of affiliated societies, qualified guests, and advanced students in psychoanalysis, psychiatry, psychology and sociology.

For further information about the participation in the Symposium please write to:

Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik Berlin (LFI)

1 Berlin 15, Wielandstraße 27–28

If you like to contribute a paper, please contact:

Dr. med. Günter Ammon, 1 Berlin 15, Wielandstraße 27–28

The synopses of proposed papers should be sent before: Nov. 1st., 1970.

Papers admitted should be sent till: Feb. 1st., 1971.

## **Mitteilungen der Deutschen Akademie für Psychoanalyse e. V. (DAP) / Communications of the DAP**

### **Solidaritätserklärung der „Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP)“ zu dem Protest der amerikanischen psychoanalytischen Organisation gegen die Politik der Nixon-Regierung**

Die Ausweitung des amerikanischen Vietnamkrieges auf Kambodscha und die brisante Situation, welche dieser Schritt der Nixon-Regierung an den Universitäten der Vereinigten Staaten hervorgerufen hat, veranlaßte die amerikanischen psychoanalytischen Vereinigungen zu öffentlichen Protesterklärungen. Es ist das erste Mal, daß psychoanalytische Organisationen mit öffentlichen Erklärungen einen Standort in einer politischen Auseinandersetzung beziehen, in der Hoffnung, wie die Psychoanalytiker der Columbia University New York sagten, ihr öffentliches Sprechen als Gruppe möge dazu dienen, ein Bewußtsein der Gefahr und der Notwendigkeit für eine Änderung der nationalen Politik zu wecken.

Die „Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP)“ begrüßt diese Aktion der amerikanischen Gruppen. Sie ist nicht der Meinung, daß Abstinenz von gesellschaftlichen und politischen Fragen die geeignete Basis für eine in sozialer Verantwortung betriebene therapeutische Arbeit darstellt. Sie hat daher den amerikanischen psychoanalytischen Vereinigungen gleichlautende Solidaritätserklärungen übermittelt, deren Text zusammen mit den amerikanischen Erklärungen folgt.

### **Text des Telegramms der „American Psychoanalytic Association“ an Präsident Nixon vom 8. Mai 1970**

At a time when this country's leadership has stated a commitment to disengagement from Viet Nam, we are suddenly and without warning confronted with an extension of military involvement. This has resulted in a dramatic increase in anxiety, turbulence and conflict involving crucial segments of our population. A decision apparently arrived at arbitrarily and without the concurrence or even the knowledge of representatives of the people, entails the dangerous risk of intensifying a sense of betrayal and outrage.

We admire the courage of people who strive for peace and justice. Irresponsible statements that impugn their motives and idealism or derogate their views only increase undesirable polarization in our society and encourage acts of violence.

Instead, our leaders should encourage by precept and example, moderation and restraint, promotion of free and open communication and respectful acceptance of divergent views.

In addition, humanitarian considerations impel us to protest the extension of the Viet Nam War to Cambodia. We deplore the emotional climate in this country associated with the death of four students at Kent State University in Ohio and the closing of many of our major universities and colleges. We urge you, the President and the Congress of the United States, to take immediate and sustained steps toward peace at home and abroad.

Executive Council  
The American Psychoanalytic  
Association

### **Erklärung der „American Academy of Psychoanalysis“**

“As mental health professionals and concerned citizens, the members of the American Academy of Psychoanalysis urge the Nixon Administration to move to restore confidence to this country, which is currently torn apart by conflict, controversy, and confrontation.

“The first step in this direction—one that was not accomplished by President Nixon’s Friday night press conference—would be to really communicate with the youth of this nation, as well as with its adults. The Administration seems not to grasp the crisis nature of the present emotional climate, its recent actions threaten to turn the war in Vietnam into a generalized Indochinese conflict, with incalculable cost, loss in lives, and damage to democratic aspirations. But the greatest toll is the mental health and stability of citizens who have grown increasingly alarmed, confused, anxious, and polarized by a leadership that preaches peace, while actually escalating war.

“Such contradictory action has caused adults to join the young in a loss of confidence in the President and his Administration, and its current direction and conduct of our country’s affairs.

“We therefore believe it is imperative that the Administration understands and moves to correct the profound damage—psychic and otherwise—that this country is experiencing. We urge withdrawal of troops from Cambodia immediately, not next week, or in June, and an unequivocal timetable for total American withdrawal from Vietnam. We furthermore stand united with our fellow professionals in the American Psychoanalytic Association in urging the President and the Congress of the United States ‘to take immediate and sustained steps toward peace at home and abroad.’”

### **Erklärung der Psychoanalytiker der Columbia University New York**

We, the undersigned, believe that a crisis of our democratic institutions has been created by the Administration’s further expansion of a war which no longer has the support of a large segment of our population. Violence and divisiveness are tearing our society apart and are threatening to stifle the spirit of inquiry, openness and trust that is basic to the emotional growth of individuals and to our democratic process. The temper of the time no longer permits us the luxury of silence. To be silent at this is to be a passive participant in dangerous and destructive behavior. The optimal rearing of children requires an environment in which the young can have trust in the reliability and moral behavior of their elders. The Viet Nam War has produced more than a credibility gap — it is destroying the decency among men

which is essential for cooperative functioning in any society. A continuation of a policy of betrayal and hypocrisy will inevitably lead to a climate of despair and alienation in which the restraints of conscience, and the hopefulness of constructive goals will be lost and our society will be damaged, perhaps even beyond our capacity to foresee. We have already been shocked by the knowledge of American massacres of Vietnamese and the shooting and beatings at home. There may be other shocks if the war continues.

We know that man is prone to violence. The restraints on violence and killing are fragile at best. The dehumanizing of the opponent encourages killing. Whether one calls opponents Gooks or calls them Bums and impudent snobs, there is an invitation to treat them as different from oneself, less than human. A society which is under constant incitement to violence, overt or subtle, cannot indefinitely maintain its traditional restraints. The results are apparent all around us.

There is still time to reverse these trends. The energy and optimism displayed by University students when confronted with the Cambodian crisis have given new hope to all of us that democracy is still viable. Our youth has begun the confrontation with our failures of conscience. We psychoanalysts must try to fulfill our obligation to them by supporting their indictment and encouraging their struggle for a new morality. We must challenge the tragic delusion that aggression and violence are acceptable social instruments. The Cambodian adventure has made one thing totally clear. The war is senseless and must end now. The damage done by our actions and inactions as a result of this war will occupy our energies for many years to come. It is time now to get on with these tasks.

#### **Solidaritätserklärung der „Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP)“**

The “Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP)“ (German Academy for Psychoanalysis) declares its solidarity with your protest against the dangerous policy of the Nixon administration, that has furthered the outer and inner war of the United States. We think, that stepping forward into public in this crucial issue as an organization of psychoanalysts you gave an example for psychoanalysis conscious of its social task and responsibility. The Deutsche Akademie für Psychoanalyse declares, that it will take similar actions towards the German government if needed.

Executive Council  
Deutsche Akademie für Psychoanalyse



Neu:

## LEHRBUCH DER EMPIRISCHEN PERSÖNLICHKEITSFORSCHUNG

von

Prof. Dr. Theo Herrmann, Marburg/Lahn

468 Seiten, DM 38,—

Die Psychologie hat sich in letzter Zeit in so starkem Maße weiterentwickelt, daß sie heute in ihren meisten Bereichen ein völlig anderes Gesicht zeigt als vor 20 oder 30 Jahren. Viele ihrer Teilgebiete sind erst in letzter Zeit so weit aufgearbeitet worden, daß sie ein Gefüge hinreichend gefestigten wissenschaftlichen Wissens darstellen. Diese überaus schnelle Entwicklung unseres Faches mag es mitverschuldet haben, daß uns heute — im deutschsprachigen Bereich — Lehrbücher der Psychologie gänzlich fehlen. Eine Anzahl von Teilgebieten ist heute erst gewissermaßen ‚lehrbuchreif‘ geworden. Für andere Gebiete muß man sich erst einen Ruhepunkt schaffen können, um bei aller eilenden Fortentwicklung dasjenige in einem Buch zu fixieren, von dem man meint, es sei repräsentativ und bleibe wenigstens für einen überschaubaren Zeitraum gültig. Nachdem es heute möglich scheint, die ‚moderne Psychologie‘ in Lehrbüchern darzustellen, ist auch die Nachfrage mit Recht rapide gewachsen. So darf man das Erscheinen von Theo Herrmann's „Lehrbuch der empirischen Persönlichkeitsforschung“ wohl einen Markstein in der Geschichte unseres Faches nennen, weil dieser Band eine Lehrbuchreihe eröffnet, in der die heutige Psychologie zum ersten Male in deutscher Sprache umfassend dargestellt werden soll.

Neu:

## GESPRÄCHSPSYCHOTHERAPIE

von

Prof. Dr. Reinhard Tausch, Hamburg

4., ergänzte Auflage

308 Seiten, DM 29,—

Das Buch gibt eine konkrete präzise Darstellung, durch welche Art psychologisch-therapeutischer Gesprächsführung seelische Schwierigkeiten von hilfesusuchenden Klienten gemindert und konstruktive Persönlichkeitsänderungen ausgelöst werden. Die für ein derartiges Geschehen relevanten Verhaltensvariablen von Psychologen, Psychiatern u. a. sowie die entsprechenden Variablen und Vorgänge bei Klienten werden an Hand zahlreicher neuester empirischer Untersuchungen der amerikanischen Forschung, insbesondere der Forschungsgruppe von Rogers und von Truax, herausgestellt. Die den Zusammenhängen von bestimmten Psychotherapeuten-Variablen und Persönlichkeitsänderungen der Klienten zugrundeliegenden Prozessvariablen und Lernvorgänge der Konditionierung, Gegenkonditionierung, Imitation und Desentisierung werden dargelegt.

Zahlreiche Ausschnitte von Tonbandaufnahmen psychotherapeutischer Gespräche aus der langjährigen praktischen Tätigkeit des Verfassers mit deutschen Klienten demonstrieren in konkreter Weise die Vorgänge in der Gesprächspsychotherapie, insbesondere der client-centered—Psychotherapie.

Gesprächsausschnitte in Form von Trainingsbeispielen gestatten die praktische Anwendung der von der Rogers-Gruppe entwickelten Skalen zur Einschätzung der drei wesentlichsten Merkmale des Gesprächsverhaltens von Psychotherapeuten sowie zur Einschätzung des Merkmals Selbstexploration bei Klienten.

Das Buch vereinigt in einer recht einzigartigen Weise die Darstellung der vorliegenden empirisch-wissenschaftlichen Untersuchungsbefunde mit der konkreten Darstellung der praktisch-psychotherapeutischen Tätigkeit.

VERLAG FÜR PSYCHOLOGIE · DR. C. J. HOGREFE · GÖTTINGEN

## Das **Studentenwerk München**

— Anstalt des öffentlichen Rechts — sucht für die neuzuzurichtende

### **Psychohygienische Beratungsstelle**

für die Studierenden der Münchener Hochschulen

#### **Berater**

- Sie müssen
- eine Ausbildung als Facharzt für Psychiatrie und/oder als Psychologe (Diplom),
  - außerdem eine abgeschlossene psychoanalytische Ausbildung nachweisen und
  - mit den Studien- und Lebensbedingungen der Studierenden gründlich vertraut sein.

Es ist an eine Beratungstätigkeit von je 10 Wochenstunden gedacht.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen und einer Zielvorstellung über die Aufgaben einer solchen Beratungsstelle sind zu richten an das **Studentenwerk München, 8 München 23, Leopoldstraße 15.**

## **Dynamische Psychiatrie**

### *Dynamic Psychiatry*

---

#### **Register und Einbanddecke**

Das Sach- und Namenregister und die Einbanddecke der Dynamischen Psychiatrie für den 1. und 2. Jahrgang (1968-1969) sind beim Verlag noch vorrätig. Zum Preis von DM 4.50 (zuzügl. Versandkosten) können sie beim Verlag oder über Ihre Buchhandlung bestellt werden.

#### **Index and cover**

Subject and name indices as well as a cover for the first two volumes of Dynamic Psychiatry (1968-1969) are still available. They can be sent on request at a price of DM 4.50 (plus postage) by the publisher or your bookseller.

**H. Heenemann GmbH 1 Berlin 42, Bessemerstraße 83**