

Dynamische *Dynamic* Psychiatrie *Psychiatry*

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse
Herausgegeben von Günter Ammon

Günter Ammon

Zur Psychodynamik des Suizidgeschehens

Matti Tuorinen

Depressio sine Depressione — An Aspect of the
Antisocial Personality

Morris M. Kessler

Views on the Dynamics of Depression and Mania
Following Long Psychotherapy of a Case:
The Importance of Denial

Dietrich Stollberg

Der Seelsorger im psychiatrischen Team

7. Jahrgang

1. Heft 1974

PINEL-PUBLIKATIONEN BERLIN

24

Dynamische Psychiatrie / *Dynamic Psychiatry*

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse

Organ der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP),

der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft und der

Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM)

7. Jhg., 1. Heft 1974, Nr. 24

Herausgegeben von Günter Ammon

unter Mitarbeit von

F. Antonelli, Roma — D. Anzieu, Paris — R. Barnes, San Antonio — L. Bellak, New York — G. Benedetti, Basel — G. R. Bloch, Los Angeles — J. Cremerius, Freiburg — Th. Dosužkov, Praha — R. Ekstein, Los Angeles — A. A. Fischer, Utrecht — S. H. Foulkes, London — Th. Freeman, Antrim — A. Garma, Buenos Aires — K. E. Godfrey, Topeka — J. L. Gonzales, Mexico City — G. H. Graber, Bern — F. Hacker, Wien/Beverly Hills — F. Hansen, Oslo — G. Hidas, Budapest — H. Illing, Los Angeles — I. Jakab, Belmont — H. W. Janz, Hannover — M. Khan, London — E. Linnemann, København — A. E. Meyer, Hamburg — G. Murphy, Washington — S. Nacht, Paris — G. J. Rose, Rowayton — E. Rosenblatt, Santiago — W. Schulte †, Tübingen — H. Searles, Chevy Chase — E. Servadio, Roma — D. Shaskan, Los Angeles — V. Smirnoff, Paris — T. C. Sinha, Calcutta — J. Sutherland, Edinburgh — V. Tähkä, Helsinki — Y. Tokuda, Tokio — E. Weigert, Chevy Chase — W. Th. Winkler, Gütersloh — W. Z. Winnik, Jerusalem — E. D. Wittkower, Montreal.

	Seite
<i>Günter Ammon</i> (Berlin)	1
Zur Psychodynamik des Suizidgeschehens The Psychodynamics of the Suicidal Event	15
<i>Matti Tuovinen</i> (Vanha Vaasa)	19
Depressio sine Depressione — An Aspect of the Antisocial Personality 'Depressio sine depressione' — Ein Aspekt der antisozialen Persönlichkeit	26
<i>Morris M. Kessler</i> (Cleveland/Ohio)	32
Views on the Dynamics of Depression and Mania Following Long Psychotherapy of a Case: The Importance of Denial Beobachtungen zur Dynamik von Depression und Manie: Die Bedeutung der Verleugnung	53
<i>Dietrich Stollberg</i> (Bethel)	58
Der Seelsorger im psychiatrischen Team Ministerial Work in the Therapeutic Team	66
Nachrichten	68

This journal is regularly listed in *Current Contents* and *Social Science Citation Index*
GW ISSN 0012-740X

This publication is included in the abstracting and indexing coverage of the *Bio-
Sciences Information Service of Biological Abstracts*

Zur Psychodynamik des Suizidgeschehens

Günter Ammon

Nach Ammon kann das Suizidgeschehen nicht auf den Akt des Selbstmords oder des Selbstmordversuchs eingeengt werden. Es geht ihm vielmehr um ein psychodynamisches Verständnis des Prozesses, der zu diesem Vorgang führt und aus der Lebensgeschichte des Individuums und seiner Interaktion mit der ihn umgebenden Gruppe verständlich wird. Dem Selbstmordgeschehen liegt eine Störung der frühen Ich-Entwicklung durch eine erfahrungsunfähige Mutter und Primärgruppe zugrunde. Der potentielle Selbstmörder leidet an einem narzißtischen Defizit, einem Loch im Ich, das weder Abgrenzung noch Kommunikation mit den frühen Objekten erfahren hat. Er lebt in unbewußt symbiotischer Verklammerung und in häufig suchtartiger Abhängigkeit von seinem Objekt. Jede an ihn gestellte Identitätsforderung erweckt archaische Angst, die nur mit dem Selbstmord beantwortet werden kann.

Die folgenden Überlegungen zur Psychodynamik des Suizidgeschehens machen den Versuch, Erfahrungen zusammenzufassen, die ich in mehr als zwei Jahrzehnten in der einzel- und gruppenanalytischen Arbeit mit suizidalen Patienten habe sammeln können.

Als Suizidgeschehen begreife ich dabei nicht allein die Selbstmordhandlung bzw. den Selbstmordversuch, ich möchte vielmehr die destruktive Dynamik der jeweils spezifischen Lebensgeschichte mit einbeziehen, die meines Erachtens im Finalakt der Selbstmordhandlung lediglich kulminiert. Ich meine, daß erst die Analyse des in diesem Sinne prozeßhaft verstandenen Suizidgeschehens uns ein psychodynamisches Verständnis der Selbstmordhandlungen ermöglicht, die außerhalb dieses lebensgeschichtlichen Zusammenhanges zumeist bizarr und unverständlich bleiben müssen.

Ähnlich hat *Ringel* (1953, 1969) in seiner Phänomenologie des sogenannten „präsuizidalen Syndroms“ darauf hingewiesen, daß es sich in der Regel um den Ausdruck einer in früher Kindheit erworbenen „Ich-Verunsicherung“ handelt, aus der sich nach seiner Auffassung eine „Neurose zum Selbstmord hin“, verbunden mit einer ständigen „Lebensverunstaltung“, entwickelt.

Ringel hat in seinen verdienstvollen Arbeiten verschiedene Aspekte einer solchen „Neurose der Lebensverunstaltung“ erörtert, dabei aber den Rahmen einer im wesentlichen deskriptiven Diagnostik zumeist nicht überschritten.

Das Suizidgeschehen und der vollzogene bzw. versuchte Selbstmord folgen nach meiner Erfahrung der Dynamik eines unbewußt gewordenen Identitätskonflikts und können als ein primärprozeßhafter Abwehrversuch der mit diesem Konflikt verbundenen narzißtischen Identitätsangst verstanden werden. Insofern stehen Selbstmord und Selbst-

mordgeschehen in einem engen psychodynamischen Zusammenhang mit den verschiedenen Formen des „ungelebten Lebens“ (*Fromm*, 1939) und der allmählichen Selbstzerstörung, die ebenfalls Ausdruck einer nicht gelingenden, d. h. pathologisch arretierten Ich- und Identitätsentwicklung sind und die ich an anderem Ort als Spektrum der archaischen Ich-Krankheiten beschrieben habe (vgl. *Ammon*, 1973).

In meiner psychoanalytischen und psychiatrischen Arbeit mit einzelnen und Gruppen — insbesondere bei jugendlichen Patienten — habe ich immer wieder feststellen können, daß ihren suizidalen Tendenzen, die keineswegs immer verwirklicht wurden, häufig eine archaische Identitätsangst zugrunde lag.

Diese Patienten erlebten die Aufforderung zu einer Abgrenzung ihrer eigenen Identität, mit der sie im Zuge ihrer psychischen und sozialen Entwicklung konfrontiert wurden, als eine unerträgliche Bedrohung. Diese Abgrenzung war mit einer Begrenzung und Einengung ihrer Lebensmöglichkeiten und -perspektiven verbunden, der sie mit starker Abwehr begegneten.

Aufgrund ihrer extrem narzißtischen Angst lebten diese Patienten vielfach ein totes Leben durch Intentionslähmung in Form von mechanischer Überanpassung an die Umgebung und verzichteten weitgehend auf eigene Identitätsäußerungen. Diese Unfähigkeit zur Abgrenzung der eigenen Identität manifestierte sich darüber hinaus oft in einer selbstzerstörerischen psychopathologischen Symptomatik, überwiegend mit Borderline-Charakter.

Bereits *Freud* (1916) hat in seiner klassischen Arbeit über „Trauer und Melancholie“ Ansätze für ein Ich-psychologisches Konzept des Selbstmordgeschehens entwickelt und dabei auf den interpersonellen Aspekt in der Genese und Dynamik suizidaler Handlungen hingewiesen. Er begreift in dieser Arbeit den Selbstmord als Mord an einem verinnerlichten Objekt, d. h. an einer nahen Bezugsperson, die mit starker Ambivalenz geliebt und gehaßt wird. Er betont in diesem Zusammenhang ausdrücklich, daß das Ich sich nur dann destruktiv gegen sich selbst wenden könne, wenn es sich selbst als Objekt behandeln und die gegen das Objekt gerichtete Feindseligkeit auf sich selbst richten könne.

Freud sieht darin den Ausdruck eines Regressionsprozesses auf eine frühe Stufe der Libidoentwicklung, die dem sogenannten „primären Narzißmus“ entspricht. Die im Zuge dieser Regression zur Herrschaft gelangende primärprozeßhafte Dynamik der psychischen Vorgänge „vergißt“ dann sozusagen, daß mit der Ermordung des verinnerlichten, d. h. Bestandteil des eigenen Ichs gewordenen Objekts zugleich auch das Ich selbst zerstört und ausgelöscht wird.

Freud hat diesen Ich-psychologischen Ansatz im Zuge seiner zu dieser Zeit vorwiegend libidotheoretisch orientierten Forschung nicht weiter

verfolgt. In späteren Arbeiten führte er bekanntlich auch den Selbstmord auf den sogenannten Todestrieb zurück, wobei er jedoch den hypothetischen Charakter dieser „biologischen Spekulation“ wiederholt betonte.

Die weitere Entwicklung der psychoanalytischen Ich-Psychologie und insbesondere die Erforschung der Ich- und Identitätsentwicklung im Medium der Gruppe hat dann in der Folge unsere Einsicht in die Genese destruktiver Aggression und in die interpersonelle Dynamik des Suizidgeschehens außerordentlich vertiefen können (vgl. *Ammon*, 1970; *Erikson*, 1950; *Federn*, 1952).

Im Lichte dieser Forschungen erscheint die destruktive Aggression, die sich im Suizidgeschehen ebenso manifestiert wie in den übrigen Formen der psychischen Erkrankungen, als Ergebnis einer Störung der frühen Ich-Entwicklung. Das Kind wird in der Entfaltung seiner primär gegebenen Ich-Funktionen der konstruktiven Aggression und der Kreativität durch eine erfahrungsunfähige Mutter und Gruppe behindert.

Je früher diese Störung erfolgt, desto weniger ist das Kind in der Lage, ein Urvertrauen (*Erikson*, 1950) zu erleben, das die Basis aller Ich- und Identitätsentwicklung bildet, und desto stärker wird auch die destruktive Aggression sein, die sich nach innen, gegen das eigene Ich, und nach außen, gegen die Objekte, wenden kann.

Die Erfahrungsunfähigkeit von Mutter und Gruppe behindert das Kind auch im Aufbau seiner Ich-Grenzen (*Federn*, 1952), d. h. in der Entwicklung und Abgrenzung seiner Ich-Identität. Durch mangelndes Verständnis für die Bedürfnisse des Kindes und durch mangelnde Zuwendung und Unterstützung derselben entsteht dann ein narzißtisches Defizit im Sinne einer direkten Schädigung der Ich-Struktur.

Dieses „Loch im Ich“, wie ich es genannt habe (vgl. *Ammon*, 1972 b), wird dann durch die Abspaltung der betroffenen Erfahrungsbereiche dem Bewußtsein entzogen und durch die Ausbildung fassadenhafter Ich-Grenzen im Sinne eines „Falschen Selbstes“ (*Winnicott*, 1960) verdeckt und kompensiert.

Das Ergebnis sind die verschiedenen Formen der Überanpassung an die innere Welt der unbewußten Phantasien oder an die äußere Welt und ihre Normen. Damit ist eine tiefgehende Störung des Ich-Gefühls (*Federn*, 1952), d. h. der Fähigkeit, sich selbst als existent zu erleben, verbunden. Das „Loch im Ich“ bezeichnet also den Erfahrungsbereich, in dem weder eine Abgrenzung von den frühen Objekten noch eine Kommunikation mit ihnen stattfinden konnte. Das Ich bleibt in diesen Bereichen vielmehr symbiotisch an die verinnerlichten frühen Bezugspersonen gebunden. Jede Konfrontation mit der Forderung nach Abgrenzung und Identität, wie sie mit dem fortschreitenden Lebensprozeß notwendig verbunden ist, mobilisiert dann archaische Ängste und eine

starke destruktive Aggression, die umso gefährlicher ist, als das strukturell geschädigte Ich in den betroffenen Bereichen unfähig ist, zwischen Innen und Außen, zwischen Selbst und Nicht-Selbst und zwischen Ich und Nicht-Ich zu unterscheiden.

Die hier kurz umrissene Dynamik einer defizitären Ich-Entwicklung ist regelmäßig mit einer unbewußten pathogenen Dynamik verbunden, welche die gesamte Primärgruppe beherrscht. Für das sich entwickelnde Ich des Kindes entsteht so ein unbewußtes Identitätsverbot seitens der Mutter und der Gruppe.

Die Folge ist, daß sich in der Primärgruppe ein pathologisches Gleichgewicht herausbildet, in dem die verschiedenen Formen der Identitätsangst und des fehlenden Selbstwertgefühls der einzelnen Gruppenmitglieder ein gruppendynamisches Ganzes bilden, welches von unbewußten Abwehrmechanismen beherrscht wird, die jeden Versuch einer Loslösung aus diesem pathologischen Interaktionsgeflecht mit starken unbewußten Schuldgefühlen verbunden sein lassen.

An die Stelle des gesunden Narzißmus im Sinne des verständlichen Bedürfnisses jedes Menschen nach Anerkennung, Bestätigung und Freude tritt dann ein pathologischer Narzißmus*, der geprägt ist durch eine unbewußte symbiotische Verklammerung und eine häufig suchartige Abhängigkeit der Familienmitglieder untereinander, die eine Abgrenzung der eigenen Identität sowohl für die einzelnen Gruppenmitglieder als auch für die Gruppe insgesamt unmöglich macht.

Die systematische Verdrängung des Todes und des Sterbens, d. h. die Begrenztheit des Lebens und der Existenz schlechthin, gehört in diesen Zusammenhang. Auch die Grenze des Todes wird in einer solchen Gruppe als narzißtische Kränkung erlebt und aus der Kommunikation verbannt.

Häufig wird der Selbstmord des schwächsten Familienmitgliedes, das durch das unbewußte Identitätsverbot der Familiengruppe in den Tod getrieben wurde, entweder überhaupt verdrängt und mit Schweigen übergangen oder aber sentimental und romantisch verklärt und in seiner existentiellen Bedeutung negiert. Ich möchte diese Ausführungen im folgenden illustrieren und verdeutlichen.

Es leuchtet ein, daß die Abgrenzung der eigenen Identität mit besonderen Schwierigkeiten und Konflikten verbunden ist, wenn es sich um Zwillinge, insbesondere auch um eineiige Zwillinge, handelt. Die Zwillingssituation selbst kann sehr leicht als eine dauernde narzißtische Kränkung erfahren werden und entfaltet daher häufig eine destruktive

* Nach der Veröffentlichung meiner Arbeit (Med. Welt 24, 1667-1671, 1973) wurde ich auf einen Brief Freuds aus dem Jahre 1883 an seine Verlobte Martha Bernays aufmerksam, in dem er anlässlich des Selbstmordes eines Kollegen nach dessen Heirat die narzißtische Tendenz beim Suicid betonte: „Dieser maßlos eitle Mann“ ... „starb an der Summe seiner Eigenschaften, seiner krankhaft schlechten Selbstliebe, wie an seinen auf Edleres gerichteten Anforderungen“. (S. Freud, Briefe 1873—1939, Hrsg. Ernst und Lucie Freud, Fischer, Frankfurt, 1960).

Dynamik mit deutlich suizidalen Tendenzen. Die Selbsttötung oder der Selbsttötungsversuch dienen dann der Befreiung aus der unlösbaren Symbiose mit dem als „alter ego“ erlebten Geschwister, die aber mit dem eigenen Leben bezahlt werden muß.

Die destruktive Dynamik eines durch die Zwillingsituation verschärften narzißtischen Defizits tritt in dem folgenden Beispiel mit besonderer Deutlichkeit hervor.

Eine 24jährige Studentin der Biologie, die für ihr Gefühl zu groß und kräftig gewachsen war, ebenso wie die Mutter, übergießte sich in der Badewanne der Mutter mit Benzin und zündete den eigenen Körper an. Sie war zu dieser Zeit von ihrem Zwillingsbruder, der eine eigene Wohnung bezogen hatte, verlassen worden. Sie konnte gerettet werden, weil sie zu wenig Benzin genommen hatte und daher nicht das Bewußtsein verlor, sondern unter unerträglichen Schmerzen schreiend und brennend als eine lebende Fackel aus der Wohnung lief und sofort ins Krankenhaus gebracht werden konnte.

Die Patientin hatte ihr Leben im Schatten des zuerst geborenen Zwillingsbruders verbracht, der aufgrund einer angeborenen Hasenscharte und Wolfsrachen während der ganzen Kindheit und Jugend im Mittelpunkt der familiären und ärztlichen Aufmerksamkeit gestanden hatte. Dieser Bruder, der seine Mißbildung durch glänzende intellektuelle Leistungen kompensieren konnte und der durch eine Kette von Operationen alle Zuwendung seitens der Eltern monopolisierte, wurde zum mit starker Ambivalenz geliebten Vorbild der Patientin, die sich von der Mutter vernachlässigt und vom Vater ständig bedroht fühlte. Die Mutter hatte nur Söhne haben wollen, der Vater übertrug auf die Tochter seinen eigenen Konflikt mit seiner gehaßten Schwester.

Eine vertrauensvolle Beziehung hatte die Patientin einzig zur Großmutter. Als diese starb, unternahm die 19jährige mitten im erfolgreich ablaufenden Abitur einen ersten Selbstmordversuch durch Erhängen. Ein Jahr später wurde sie wegen schwerer Depressionen für drei Monate in eine Klinik eingewiesen.

In der Kindheit schloß sie sich an alle Aktivitäten des Bruders an, fühlte sich in seinem Freundeskreis jedoch nur geduldet. In der Pubertät entwickelte die Patientin schwere Minderwertigkeitsgefühle hinsichtlich ihrer körperlichen Erscheinung. Sie erlebte sich selbst als Zwitter und hatte daher starke Angst, sich anderen zu zeigen oder zu nähern. Mehr und mehr isoliert, träumte sie einerseits davon, eine schöne, begehrte Frau zu sein, andererseits wünschte sie sich, die Rolle des Bruders einnehmen zu können, dem alle Erfolge zuzufallen schienen.

Ihre tiefe Identitätsdiffusion ließ sie insbesondere Examina, wie das Abitur und spätere Universitätsprüfungen, als schwere narzißtische Kränkung erleben, auch wenn sie diese, wie das regelmäßig der Fall

war, mit gutem Erfolg bestand. Gerade die bestandenen Prüfungen konfrontierten sie mit dem Problem ihrer nichtgefundenen Identität. Sie hatte übrigens, weil ihr „nichts Besseres einfiel“, das gleiche Studienfach gewählt wie ihr Bruder.

Ihrem Selbstmordversuch gingen erneute und zum Teil drastische Konfrontationen mit ihrem unbewußten Identitätskonflikt voraus. Im Anschluß an eine erfolgreich bestandene Prüfung wurde im Rahmen eines anatomischen Praktikums ihre Weiblichkeit wiederholt spaßhaft in Zweifel gezogen. Ihre Kommilitonen nannten sie „Herma“ (Hermaphrodit). Sie brach daraufhin das Praktikum ab und flüchtete sich in eine Reise mit einer Freundin, die aber ebenfalls mißglückte und vorzeitig abgebrochen wurde. Die Patientin faßte nun den Entschluß, sich zu töten, wobei sie sich an den Buddhistenverbrennungen in Vietnam orientierte. Einige Wochen vor ihrem Suizidversuch sprach sie mit dem Bruder und der Mutter unter Tränen darüber, ob ihr Tod nicht für alle Beteiligten eine Erleichterung bedeuten würde. Ein zweiter, ähnlicher Gesprächsversuch ging in Tränen unter. Versuche mit Meditationstechniken, worum die Mutter eine ihrer Freundinnen bat, mißlingen, ein Hypnoseversuch vertiefte die Depression der Patientin.

In dieser Situation verreisten sowohl die Mutter als auch der Bruder und ließen die Patientin allein in der Wohnung der Mutter zurück.

Im Krankenhaus erlebte sie dann die Sorge um ihr Überleben und die über Monate sich hinziehenden Bemühungen eines ganzen Ärzteteams um die Wiederherstellung ihres Körpers mit deutlicher narzißtischer Befriedigung. Als sie später in psychotherapeutische Behandlung kam, hielt sie bezeichnenderweise die durch ihre starken Verbrennungen hervorgerufenen Entstellungen für ihr Hauptproblem.

Dieses Beispiel, in dem die Familiengruppe ein Mitglied allein läßt, obwohl dieses seine Angst vor dem Verlassenwerden und vor seinen suizidalen Tendenzen unübersehbar deutlich gemacht hat, zeigt uns meines Erachtens, daß es die Gruppe ist, die letztlich darüber entscheidet, ob ein Mensch leben kann und am Leben bleibt oder sich selbst tötet.

Stengel (1969), dem wir eine in vieler Hinsicht aufschlußreiche, wenn auch in der psychodynamischen Analyse nicht befriedigende Untersuchung des Selbstmordproblems verdanken, hat darauf hingewiesen, daß in den Selbstmordversuch das Risiko zu sterben, statt gefunden und gerettet zu werden, meist mehr oder weniger bewußt mit einbezogen wird.

Er verweist in diesem Zusammenhang auf das Beispiel einer polynesischen Kultur, in der Außenseiter der Gruppe sich demonstrativ vor den Augen der anderen in eine Selbstmordsituation begeben, indem die Männer in einem Kanu rudern, die Frauen aber direkt schwimmend

sich in das mit Haien verseuchte Meer hinausbegeben. Durch die Intensität ihrer Rettungsaktivitäten entscheidet die Gruppe dann über Leben und Tod ihrer Außenseiter. Im Falle einer Rettung reagiert die Gruppe mit starken Schuldgefühlen über den Selbstmordversuch des geretteten Mitglieds und ist besonders darum bemüht, ihren geretteten Außenseiter in die Gruppe zu reintegrieren, d. h. ihm beim Finden seiner Rolle in der Gemeinschaft, mit anderen Worten beim Abgrenzen und Ausüben seiner Identität, behilflich zu sein.

In dem folgenden Beispiel wird deutlich, wie stark die Gruppe am suizidalen Geschehen beteiligt ist.

Eine 26jährige Studentin kam mit schweren Depressionen und Arbeitsstörungen in die Therapie. Ein halbes Jahr vorher hatte ihr drei Jahre jüngerer Bruder, ein Zwilling, Selbstmord begangen. Sie selbst gab an, seit dem vierzehnten Lebensjahr periodisch von Selbstmordgedanken geradezu überflutet worden zu sein und seit dieser Zeit einen Strick aufzubewahren, mit dem sie sich erhängen wollte.

Der schwer kriegsversehrte Vater, der infolge seiner Verletzungen dauernd leidend war, terrorisierte die Familie einerseits durch rigide Leistungsansprüche, andererseits durch die ständige Rücksicht, die er für sein Leiden forderte.

Die Mutter litt unter starken Depressionen, die sie hinter einer Fassade ununterbrochener Aufopferung für die Familie verbarg. Ihre Ehe war eine Notlösung gewesen, nachdem ein Verlobter im Krieg gefallen war. Magengeschwüre und häufige Krankheiten machten sie leidend.

Individuelle Aktivitäten in der Familie waren verpönt, Sexualität wurde verteufelt, Zärtlichkeit nicht geduldet. Aggressionen wurden verboten. Die voneinander isolierten Familienmitglieder wurden äußerlich zusammengehalten durch die Unterwerfung unter die „Tageslosungen“ einer religiösen Sekte.

Die Patientin reagierte auf die Trennung von der familiären Zwangsgemeinschaft mit einer suizidalen Regression. Sie stand einerseits unter einem starken Druck, ihr Studium schnell zu beenden, um die Familie, die von der Rente des Vaters lebte, finanziell nicht zu belasten, andererseits hatte sie eine starke unbewusste Angst vor dem Abschluß des Studiums und dem Verlassen der Universität. Trotz guter Studienleistungen war sie unbefriedigt und litt unter ständigen Selbstvorwürfen und Schuldgefühlen gegenüber der Familie, eine Dynamik, die durch Prüfungssituationen regelmäßig ins Extrem gesteigert wurde.

Sie hatte große Angst davor, daß die Familie etwas von ihrer Therapie erfahren könne und die Eltern ihr deshalb Vorwürfe machen würden.

Als sie im Zuge der Übertragungsdynamik Familie und therapeutische Gruppe immer weniger auseinanderhalten konnte, reagierte sie mit zu-

nehmender Angst. Sie fühlte sich von der therapeutischen Gruppe verfolgt und erlebte daraufhin einen totalen emotionalen Rückzug, ihre suizidalen Tendenzen wurden übermäßig und machten einen vorübergehenden Klinikaufenthalt unumgänglich.

Erst allmählich gelang es, die abgebrochene Kommunikation wiederherzustellen. Schließlich wurde die Mutter selbst zu einem Besuch gebeten, um die ständigen Ängste und Schuldgefühle der Patientin zu mildern, um eine Vertrauensbasis zwischen Mutter und Tochter herzustellen und um die Mutter zu einer wohlwollenden Neutralität gegenüber der Therapie zu bewegen.

Die Mutter kam. Sie reagierte gekränkt auf die Bitte der Tochter, ihr Freiheit zu gewähren, und betonte erregt, daß alle Anteilnahme Ausdruck der Liebe und Fürsorge sei und daß die Familie es doch immer so gehalten habe, daß alle für jeden da seien. Dennoch versprach sie, die Tochter in Ruhe zu lassen, nicht mehr zu schreiben und keine Briefe oder Besuche mehr zu fordern. Mutter und Tochter versöhnten sich.

In der Folge bekam die Patientin jedoch einen Brief und ein Paket nach dem anderen, die gesamte Familiengruppe war alarmiert und begann sie zu bedrängen. Ein ärztlicher Verwandter erschien, um nach dem Rechten zu sehen und die Patientin ernstlich zu ermahnen.

Die suizidalen Tendenzen der Patientin verstärkten sich daraufhin erneut. Bei einem zweiten Besuch, zu dem die Mutter gebeten wurde, zeigte diese nunmehr eine extrem feindliche und ablehnende Haltung gegenüber der Therapie, welche ihr die Tochter entfremde und zudem offensichtlich nicht helfen könne.

Auffällig war, daß die Mutter bei beiden Besuchen auf die Frage des Therapeuten nach dem nur etwa ein Jahr zurückliegenden Selbstmord des jüngeren Bruders der Patientin überhaupt nicht reagierte und auch die deutliche Suizidalität ihrer Tochter systematisch übersah.

Kennzeichnend für den symbiotischen Sog dieser Familiengruppe und das darin enthaltene Identitätsverbot für ihre Mitglieder ist ein Brief, den die im weit entfernten Ausland lebende Großmutter der Patientin an diese richtete, als sie von der Therapie der Enkelin erfahren hatte. Sie schrieb, daß sie zum Geburtstag der Patientin den folgenden „Lösungsspruch“ erhalten habe: „Fürchte Dich nicht, denn ich habe Dich bei Deinem Namen gerufen, Du bist mein.“

Wie sehr dies wörtlich genommen wurde, machen die folgenden Bemerkungen deutlich: „Ich kann mir nicht helfen, Du bist in falschen Händen. Dein Großvater war Nervenarzt und ein bißchen verstehe ich auch davon. Er hätte niemals das Mutter-Kind-Verhältnis gestört, jedenfalls niemals in einer Familie wie wir, wo einer dem anderen in Liebe zugetan ist und sein Bestes will. Die Mutter“, so fährt sie fort, „ist der Mittelpunkt der Familie, in ihr läuft alles zusammen, sie trägt auf zwei

Schultern und versucht immer auszugleichen...“ Und sie stellt fest: „Nach meiner Meinung ist Dein Hauptleiden, daß Du Deinen Glauben verloren hast. Nur so kannst Du wieder Frieden finden. Laß Dir doch nichts aufoktroyieren, was nicht zu Dir paßt. Diese Anti-Mutter-Therapie, das ist das Bornierteste, ja Satanischste, was ich je gehört habe.“ Sie empfiehlt der Patientin eine „Schlafheilkur“.

Dieser Brief wird hier deshalb so ausführlich zitiert, weil er die herrschende Dynamik eines unbewußten Identitätsverbotes drastisch deutlich macht, das in einer „Schlafheilkur“ die angemessene Form für die Bearbeitung eines Identitätskonfliktes sieht und eine Psychotherapie, die sich an dem Identitätsbedürfnis der Patientin orientiert, allein als „Anti-Mutter-Therapie“ begreifen kann.

Die Patientin, die auf den Brief der Großmutter noch mit erheblichen Schuldgefühlen reagiert hatte, konnte sich davon erst befreien, als die Mutter bei ihrem zweiten Besuch die Mißachtung der Bedürfnisse ihrer Tochter offen zum Ausdruck gebracht hatte. Sie konnte nun erkennen, daß die Sorge der Mutter gar nicht ihr galt, und konnte in der Folge erstmals selbständige Schritte unternehmen und die therapeutische Gruppe als *ihre* Gruppe betrachten und nutzen.

Sie war nun in der Lage, ihre suizidalen Phantasien, die sich mit dem Herannahen ihres Abschlußexamens erneut verstärkten, allmählich im Zusammenhang zu erkennen und zu bearbeiten. Und in demselben Maße, wie sie einen Zugang zur Gruppe finden und diese hilfreich und weniger bedrohlich erleben konnte, war sie auch in der Lage, einen Zugang zu sich selbst zu finden. An das zuletzt vorgetragene Beispiel möchte ich einige Überlegungen knüpfen, welche die suizidale Dynamik eines im Rahmen der interpersonellen Beziehungen in der Primärgruppe erworbenen narzißtischen Defizits verdeutlichen sollen.

Den Kern des Problems bildet meines Erachtens eine ungelöste Symbiose mit der Mutter. In der Lebensgeschichte suizidaler Patienten finden wir immer wieder, daß sie von der Mutter in einer über die natürliche Zeit hinaus verlängerten Symbiose festgehalten wurden. Die Mutter besetzt dabei den spielerischen Rollenwechsel, in dem das drei- bis vierjährige Kind ihr die ganze Palette möglicher Identitäten vorspielt, mit eigener narzißtischer Libido.

Ihr vielseitiges und begabtes Kind dient ihr sozusagen als Entschädigung für das eigene ungelebte Leben, und sie beantwortet die vorgespielten Identitäten mit liebevoller Zuwendung, die sich in starre verbietende Abwehr verwandelt, sobald das Kind im Zuge seiner Entwicklung tatsächlich Schritte in Richtung auf eine Lösung von der Mutter und Abgrenzung der eigenen Identität unternimmt.

Das Kind selbst gerät dadurch einerseits in eine suchartige Abhängigkeit von der narzißtischen Bestätigung durch die Mutter, die nun umso

stärker wird, je deutlicher es eine Lösung von der Mutter als Verlassenwerden erleben und fürchten muß. Der Schritt zur eigenen Identität erscheint dann unbewußt als gleichbedeutend mit einem Müttermord und ist daher mit archaischen Schuldgefühlen und Verlassenheitsängsten verbunden. Die im Zuge der weiteren Entwicklung unumgänglich werdende Trennung von der Mutter führt dann zu Abwehroperationen, welche die Zeit der Symbiose suchtartig wieder zu beleben versuchen.

Die Rolle des Mutterersatzes können Institutionen wie Schule und Universität übernehmen, symbiotische Partnerschaften, im Grunde aber kann jeder beliebige zum Mutterersatz werden, der bereit ist, sich von dem Jugendlichen ebenso alle möglichen Identitäten vorspielen zu lassen und dies zu genießen, wie dies die Mutter getan hat. Häufig finden wir, daß die Patienten Bezugspersonen wählen, die emotional und intellektuell weit unter ihnen stehen und daher nicht in der Lage sind, eine Aufforderung zu wirklicher Identität auszusprechen oder zu verkörpern. Sobald dies der Fall ist, erfolgt in der Regel ein sofortiger Abbruch der Beziehung.

Auch Drogen, wie z. B. Alkohol und Halluzinogene, und die entsprechend losen Gruppenbildungen, aber auch Ideologien können die Funktion eines solchen Mutterersatzes übernehmen. Nach meiner Erfahrung entfaltet die Suche nach einem Mutterersatz in der Regel eher eine benigne Dynamik als die Suche nach der Mutter selbst. Eine fort-dauernde symbiotische Beziehung zur Mutter selbst erschwert zumeist das Zustandekommen eines therapeutischen Arbeitsbündnisses und macht dieses häufig unmöglich. Erst die Trennung von der Mutter ermöglicht ein Akzeptieren des Therapeuten bzw. der therapeutischen Gruppe als Objekt der Übertragung und Partner bei der Bearbeitung.

Ich habe diese Dynamik einer pathologisch arretierten Symbiose, die der Mutter zur Kompensation ihres ungelebten Lebens dient und die dadurch beim Kinde ein narzißtisches Defizit bezüglich seines Bedürfnisses nach eigener Identität hervorruft, in der Untersuchung von Studentenpatienten in Zusammenarbeit mit der Psychotherapeutischen Beratungsstelle der Freien Universität Berlin und mit dem Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik Berlin immer wieder finden können. Diese Dynamik erklärt meines Erachtens auch den zunächst unverständlich anmutenden Selbstmord nach einem mit Erfolg bestandenen Examen. Das Verlassen der Universität, die während des Studiums die Identitätsproblematik aufschiebt und dem Patienten ein Leben im Zustand eines Moratoriums erlaubt, wird dann als endgültige Konfrontation mit der Forderung nach Abgrenzung und Identität erfahren. Gerade das erfolgreiche Examen löst die suizidale Krise aus, weil es den Identitätskonflikt gerade nicht gelöst, sondern nur seinen Aufschub beendet hat. Eine besondere Dynamik liegt vor, wenn der

Selbstmord die Form eines Mordes annimmt. Ich möchte dies mit einem kurzen Beispiel erläutern:

Ein begabter und erfolgreicher Künstler, der sich nie zu einer Psychotherapie entschließen konnte, obwohl er immer wieder mit diesem Gedanken spielte, lebte in einer unbewußten symbiotischen Mutterbeziehung, in die auch seine geliebte Schwester mit einbezogen war. Äußerlich erfolgreich, war er außerstande, sich von der Mutter zu lösen. Er lebte in einer Wohnung, die er sich ein Stockwerk über der Wohnung seiner Mutter im gleichen Hause eingerichtet hatte. Von der geliebten Schwester wurde er regelmäßig besucht.

Seine homosexuellen Partner identifizierte er beim Verkehr mit der Mutter bzw. mit der Schwester. Seine Partner hatten dabei Fetischcharakter für ihn. Er vermied jedes menschliche oder persönliche Interesse an ihnen und wechselte sie häufig. Meist las er Strichjungen von der Straße auf.

Einen dieser „Freunde“ traf die Schwester, als er sich morgens am Auto ihres Bruders zu schaffen machte, um, wie er sagte, etwas zu erledigen. Als sie dann die Wohnung des Bruders betrat, fand sie diesen in einer großen Blutlache vor, den Kopf mit einer Axt gespalten, ein Tonband mit seiner Lieblingsmusik lief noch.

Dieses Beispiel macht uns aufmerksam auf den engen Zusammenhang zwischen Mord und Selbstmord, zwischen dem Ermordetwerden und dem Suizid. Der Ermordete hatte hier sozusagen seinen Mörder gerufen, um sich aus der als mörderisch erlebten symbiotisch engen Beziehung zu Mutter und Schwester befreien zu lassen. Der Strichjunge, der diesen verdeckten Selbstmord exekutierte, erschlug seinen Beherrscher, um sich ebenfalls aus einer symbiotischen Umklammerung zu befreien, in deren Rahmen er nur ein Fetisch sein durfte.

Ich habe bereits oben hingewiesen auf die von *Freud* (1916) entwickelte Vorstellung, daß der Selbstmord psychodynamisch als Mord an einem inneren Objekt zu verstehen sei. Dies gilt meines Erachtens auch für den realen Mord, der immer auch ein Selbstmord ist. Der Mörder vernichtet seine soziale Existenz, bzw. im Falle einer Todesstrafe verliert er sein Leben. Der Mörder zerstört an seinem Opfer auch einen durch Projektion externalisierten Aspekt seiner eigenen Persönlichkeit.

Die Provokation des Ermordetwerdens steht meines Erachtens auch in engem Zusammenhang mit der Selbsttötung durch „Unfälle“, in denen unbewußt die gegen das eigene Selbst gerichtete destruktive Aggression Gegenstände, zumeist Maschinen und Autos, als Medium benutzt.

Stengel (1969) weist mit Recht darauf hin, daß der Vollzug des Selbstmordes für religiöse Menschen insofern grandiose Züge aufweist, als hier sozusagen Gott selbst, der das Leben gibt und nimmt, entthront werde. Meines Erachtens aber dominiert für die unreligiösen Menschen der Ge-

genwart das narzißtische Element, das Vermeiden der narzißtischen Kränkung, wie sie durch begrenzende Einengung der Lebensperspektiven, durch das Altwerden und das Häßlichwerden des eigenen Körpers gegeben ist.

Im Hintergrund steht dabei sicherlich die außerordentliche Verarmung und Verödung, welche die Gesellschaft insgesamt hinsichtlich ihrer Identitätsbilder und -vorstellungen einerseits erfahren hat und andererseits bewirkt. Das Schicksal der Alten und Sterbenden, denen oftmals eine sinnvolle Teilnahme am gemeinsamen Lebensprozeß und darüber hinaus häufig sogar die Identität des Todes vorenthalten wird, spricht, wie ich an anderer Stelle ausgeführt habe, in diesem Zusammenhang eine deutliche Sprache.

Auch der Selbstmord von Menschen im Alter von 45 bis 60 Jahren und darüber folgt meines Erachtens einer narzißtischen Dynamik. Der Selbstmord des Mannes in der Altersgruppe um 50 wird häufig dann vollzogen, wenn der Mann erkannt hat, daß durch sein fortgeschrittenes Alter eine Verwirklichung seiner Träume der Jugendzeit von der Seite der Realität und der in seinem Leben geschaffenen gesellschaftlichen Situation her unmöglich geworden ist. Hierbei sei auch besonders gedacht an die Frauen über 40, die aus narzißtischen Gründen das Älterwerden nicht akzeptieren können, ein Vorgang, der besonders auch bei der Involutionen-depression eine Rolle spielt. Auch das höhere Alter stellt für den Menschen mit einem ungelebten Leben eine schwere narzißtische Kränkung dar, da die letzte Hoffnung, noch einmal zu dem Wurf der Selbstverwirklichung zu kommen, nunmehr durch die Realität des hohen Alters verschlossen ist.

Ich habe mich in den vorangegangenen Ausführungen bemüht, anhand von repräsentativen Beispielen deutlich zu machen, daß das Suizid-geschehen nicht auf den versuchten oder vollzogenen Selbstmord eingengt werden darf, sondern als ein lebenslanger Prozeß begriffen werden sollte, in dem eine in frühester Kindheit gestörte Ich-Entwicklung im Rahmen eines gruppenspezifischen Geschehens ihre destruktive Dynamik mehr oder weniger offen entfaltet. Am Suizidgeschehen ist daher in jedem Fall eine ganze Gruppe beteiligt.

Besonders bei schwer kranken Patienten sind es die Mitglieder der umgebenden Gruppe, an die der Patient seine verschiedenen Ich-Funktionen mehr und mehr delegiert. Wenn die Gruppe sich dann, aufgrund der durch die Regression bedingten zunehmenden narzißtischen Ansprüchlichkeiten des Patienten, nach und nach zurückzieht, kommt es zum Ausbruch einer offen psychotischen Reaktion oder aber zum Selbstmord bzw. Selbstmordversuch, der als ein Versuch verstanden werden kann, die Gruppe zur Hilfeleistung und zum erneuten Übernehmen der delegierten Ich-Funktionen zu zwingen. Dieser Ich-psychologische und

gruppendynamische Zusammenhang ermöglicht meines Erachtens auch den besten Zugang zur Therapie und Prophylaxe.

Rein statistische Untersuchungen, wie sie z. B. erst kürzlich von *F. Böcker* (1973) in einer im übrigen sehr sorgfältigen Studie mit einer Untersuchung von mehr als 11.000 Fällen von versuchtem und vollzogenem Selbstmord vorgelegt wurde, können uns aufgrund von Tausenden von Krankenblättern und mit Hilfe von Computern zwar Daten über Selbstmordarten, Berufsgruppen, Alter und Geschlecht geben, sie können jedoch psychodynamisch nicht weiterhelfen. Erst eine psychodynamische Untersuchung einer großen Zahl suizidaler Patienten kann hier auf direkter Erfahrung fußende Einsichten und Daten erbringen, die auch für die Therapie und die Prophylaxe von Bedeutung sind.

In letzter Zeit hat sich auch die orthodoxe Analyse wieder verstärkt dem Studium des Narzißismus zugewandt (*van der Waals*, 1949; *Sandler et al.*, 1963; *Balint*, 1966; *Rose*, 1970; *Schumacher*, 1970; *Kohut*, 1971; *Argelander*, 1971; u. a.).

Alle diese Bemühungen sind jedoch über das Neurosenmodell der Psychoanalyse nicht hinausgekommen und klammern gruppendynamische Beziehungen sowie die Ich- und Identitätsentwicklung und ihre eventuellen Schädigungen durch die Gruppe aus. Letzteres ist jedoch bei der Suizidforschung meines Erachtens von besonderer Bedeutung, da es nach meinen Erfahrungen in unserer heutigen gesellschaftlichen Situation vorwiegend die Identitätsangst ist, die wiederum eng mit einem narzißtischen Defizit des Ich gekoppelt ist, die Menschen unserer Tage die Identität eines Selbstmörders vorziehen läßt vor der narzißtischen Kränkung, die immer mit der Abgrenzung eigener Identität verbunden ist.

Die psychoanalytische Gruppentherapie gewinnt hier besondere Bedeutung. Einerseits ermöglicht sie eine genaue Erforschung der Psychodynamik aller Stadien und Formen der Selbstvernichtung, die wir uns auf einer gleitenden Skala angeordnet denken können, andererseits bietet sie meines Erachtens auch besondere Möglichkeiten der Prophylaxe. In dem vielfältigen Geflecht von Übertragung, Widerstand und Gegenübertragung in der Gruppe werden die Anzeichen einer Suizidgefährdung der Patienten seismographisch dargestellt. In der therapeutisch reflektierten Handhabung dieser Prozesse finden wir meines Erachtens auch die Mittel, suizidalen Tendenzen zu begegnen.

Ich habe auch im Rahmen großer psychiatrischer Anstalten immer wieder gefunden, daß durch die gruppendynamischen Vorgänge in der Patientengruppe, d. h. durch die Mitpatienten selbst, suizidale Prozesse rechtzeitig erkannt und verhindert werden konnten.

Die Prophylaxe, soweit sie vorbeugende Aufklärung betrifft, muß hier ansetzen. Im Rahmen der psychohygienischen Aufklärung in Form einer Betreuung und Beratung von Wohn- und Familiengruppen, Erzie-

hungsberatungen usw. muß insbesondere der gruppendynamische Aspekt des Suizidgeschehens deutlich gemacht werden, d. h. es muß gezeigt werden, daß die Gruppe selbst die Verantwortung dafür trägt, ob Leben erhalten werden soll oder nicht. Besondere Bearbeitung verlangt daher meines Erachtens die selbstmörderische Tendenz sich bedroht fühlender Gruppen, ihre schwächsten Mitglieder auszustoßen. Hier muß deutlich gemacht werden, daß eine Gruppe, die ihre Konflikte durch Abspaltung, d. h. durch Ausschluß von Mitgliedern lösen will, als Gesamtgruppe einer suizidalen Dynamik folgt und daß es möglich ist, Konflikte in der Gruppe zu bearbeiten, anstatt sie durch Abspaltung abzuwehren.

Dies bedeutet auch, daß der Schwerpunkt jeder Prophylaxe auf der Erhellung des Selbstmordgeschehens, das ja immer auch ein Gruppen geschehen ist, liegen muß. Die einseitige Fixierung auf den Akt des versuchten und vollzogenen Selbstmordes stellt meines Erachtens selbst einen Aspekt der unbewußten Abwehr des Suizidgeschehens dar.

Die Analyse des Selbstmordgeschehens, d. h. die Analyse der psychologischen Prozesse, wie sie in der interpersonellen Situation der Psychotherapie sich darstellen, bildet die Basis aller suizidverhütenden Arbeit. Dabei muß allerdings beachtet werden, worauf ich zu Beginn schon hingewiesen habe, daß nämlich gerade bei der Besserung, d. h. bei der Aufhebung der Intentionslähmung bei Depressionen in allen Bereichen des Spektrums der psychischen Erkrankungen — bei der depressiven Psychose, dem depressiven Borderline-Geschehen und der depressiven Neurose — die Hauptgefahr des Suizids liegt.

Zusammenfassend möchte ich sagen: das Suizidgeschehen erscheint im Lichte der psychoanalytischen Ich- und Gruppenforschung als Ausdruck eines unbewußt gewordenen Identitätskonfliktes, der sich im Rahmen eines gruppendynamischen Geschehens entfaltet und meines Erachtens erst aus dem Zusammenhang heraus adäquat verstanden und behandelt werden kann.

Aufbauend auf dem *Freudschen* Konzept (1916), wonach der Selbstmord als Tötung eines durch Introjektion verinnerlichten, ambivalent geliebten Objektes zu verstehen ist, begreife ich den Selbstmord als Ergebnis einer Abwehr unbewußter Ich-Anteile, die von einem reaktiven pathologischen Narzißmus als unvereinbare Bedrohung des Selbstbildes erlebt werden.

Das individuelle Selbstmordgeschehen steht in einem engen Zusammenhang mit der Psychodynamik des ungelebten, toten Lebens, des Mordes und des Ermordetwerdens. Mit anderen Formen der narzißtischen Pathologie ist das Suizidgeschehen im Sinne einer gleitenden Skala der Übergänge zwischen den verschiedenen Formen des allmählichen Selbstmordes prozeßhaft verbunden. Hier ist besonders wichtig die allmäh-

liche Selbsttötung in Form psychosomatischer Erkrankungen (vgl. Ammon, 1972 b).

Die gegen das eigene Selbst gerichtete Destruktion, die sich im Selbstmordgeschehen manifestiert, begreife ich nicht als Ausdruck eines spekulativen Todestriebes, sondern als Anzeichen einer destruktiv gewordenen, primär konstruktiven Aggression.

Die Selbsttötung dient daher nicht der Befriedigung eines durch Entmischung wirksam gewordenen Triebes, ich möchte sie vielmehr in Verbindung bringen mit der wunschvollen Phantasie eines Wiedereintretens in die mütterlich-symbiotische „Urhöhle“ (Spitz, 1955) bzw. einer Wiedergewinnung des perfekten Narzißmus des pränatalen Lebens (Graber, 1957).

Der entscheidende Beitrag, den die psychoanalytische Erforschung des Suizidgeschehens erbringt, aber scheint mir darin zu liegen, daß das Problem des Narzißmus und seiner Störungen bzw. das Problem der Ich-Entwicklung und der Ich-Zerstörung im Rahmen der Gruppe als existentielles Problem erkannt und gewürdigt werden kann.

Der Lebensprozeß jedes einzelnen und jeder Gruppe erfordert Abgrenzung der eigenen Identität. Eine solche Festlegung, welche erst die prozeßhafte Veränderung ermöglicht, macht schuldig und bringt Fehler und Verfehlungen mit sich. Schuld, Angst, Traurigkeiten und Verfehlungen sind ein Bestandteil menschlichen Lebens, und die erfreuliche Akzeptierung der psychologischen und psychoanalytischen Wissenschaften sollte nicht soweit gehen, Grundelemente des menschlichen Lebens zu psychologisieren und von vornherein als neurotisch zu begreifen.

Insofern konfrontiert uns der Selbstmord im wörtlichen Sinne mit der Grenze unserer Arbeit als Psychotherapeuten und Psychiater. Nur wenn wir diese Grenze als Grenze unserer eigenen Identität anerkennen, kann es uns gelingen, nicht allein Selbstmord zu verhindern, sondern — was das Entscheidende ist — Leben zu ermöglichen.

Ich hoffe, durch meine Bemühungen die enge Verbindung von narzißtischem Defizit und Identitätsangst als Ausdruck einer gestörten Ich-Entwicklung in der Gruppe und ihre Beziehung zum suizidalen Geschehen aufgezeigt zu haben. Meines Erachtens ist damit auch immer eine gestörte Entwicklung der Ich-Funktion kreativer Aggression zu pathologischer Destruktion verbunden.

The Psychodynamics of the Suicide Event

Günter Ammon

This essay on the psychodynamics of the suicide event is not preoccupied with committed suicide or suicidal attempts but with the life pro-

cesses in interaction with the surrounding groups of other people inducing suicidal behavior. According to the author we perceive at the roots of these processes archaic identity conflicts, due to an early damage of ego-development. Suicidal actions are to be understood as a primary processual defense of narcissistic identity anxiety. Suicidal behavior comprises besides the committed act of suicide and the suicidal attempts all forms of an 'unlived life' and of self-destructive behavior. Persons ready to commit suicide frightfully experience the demands to demarcate their own identity as a narrowing of their life potentialities and perspectives. This incapability is often combined with a self-destructive psychopathological symptomatology. Clinically most of the patients suffer from borderline syndromes.

The author bases his theory on psychoanalytic ego-psychology, but points out that *Freud* already had developed, in a certain extent, an ego-psychological concept of the suicide event in his essay 'Mourning and Melancholia' (1916) including the importance of interpersonal aspects in the genesis and the dynamics of suicidal behavior. *Freud* conceived of the suicide as a murder of the internalized object, which is loved and hated at the same time. The ego may behave destructively against itself in directing the hostility sensed against the internalized object against itself. This process is regarded by *Freud* as a regression to the early stage of primary narcissism. In his later writings *Freud* did not follow this idea any further but formulated his theory on suicide in connection with his assumption of a death instinct.

Psychoanalytic ego-psychology, especially the research on ego- and identity-development in the frame of a group has deepened our insights into the genesis of destructive aggression in general and the interpersonal dynamics of the suicide event. According to these researches the destructive aggression, which is manifested in all forms of psychic illness, is a result of an early disturbance of ego-development. A mother and a group, who both are unable for growth by experience hamper the child to develop its ego, especially its ego-functions of constructive aggression and creativity, the basic conditions for a psychically healthy life. The child will not develop the capability to demarcate its own ego-boundaries, making an identity of its own impossible. *Ammon* speaks of a narcissistic hole in the ego, marking the region in the ego-structure that could neither be separated from the early objects, nor could establish communication with them. Later it might be split off from the conscious parts of the ego and be veiled by the construction of a 'False Self' in the sense of *Winnicott*.

This process cannot be understood alone by the life history of the individual, but is usually paralleled by the pathogenic dynamics in the primary group, in which the different manifestations of identity anxiety

and the missing sense of self-approval of the individual members melt into a group dynamic whole. Attempts at leaving this pathological network usually evoke aggression and deep guilt feelings on both sides. In most of these groups one may perceive an unconscious symbiotic clinging to each other and an addictlike dependency of the group members from each other. It is the group in the last instance which decides upon life and death of its members.

Ammon describes two case studies, in which the problems to find an identity of his own, to find sexual and professional identity, the difficulty to leave the symbiosis, which the patients had either with their mothers, or with siblings, especially in the case of twins, or with the whole family group, evoked suicidal behavior and committed suicides.

1. The first example is the case of a female student, with severe identity problems concerning her sexuality. After she had tried to burn herself, identifying with buddhist monks, when her twin brother had left her to live in an apartment of his own, she came into group psychotherapy. She always had the feeling to be a hermaphrodite. Her mother had wished to have only sons and her daughter felt neglected by her. She admired her brother and hated him at the same time because of the narcissistic delight the mother took in him. Unconsciously the patient always had tried to imitate him to find a substitute for an own identity. But when she succeeded to do so, for example to pass her medical examinations as well as the brother, she always was confronted with her 'borrowed identity' and reacted with depressions and suicidal attempts.

2. The second example concerns a female student and here the responsibility of the family for the suicidal action is especially elaborated. The structure of the patient's family was rigidly structured according to the narcissistic demands of the father. The mother suffered from depressions, one brother had committed suicide a year before the patient came into group psychotherapy.

In the course of the transference process in the group she could no longer keep her family and the reexperienced family = the group apart. First she reacted with emotional retreat but when her anxiety grew she developed again suicidal tendencies. The family asked to leave the patient alone, reacted with an augmented intensity in having contact with the daughter.

Again her suicidal tendencies aggravated. One advice from the grandmother was to end this 'anti-mother-therapy' and to try a sleeping therapy. Only when the patient could directly see that the mother did not interest in her, but was preoccupied with her own narcissistic ends, she could make her therapy group to her own group, in which she could recover.

Concluding *Ammon* discusses the therapeutic techniques for these clinical pictures. As for all other manifestations of an early disturbance in the ego- and identity-development group psychotherapy is indicated since it provides the weak ego of the patients with a lot of possibilities to identify with and with strong group boundaries in which the ego of the patients might demarcate its own boundaries and find an identity.

Literatur

- Ammon, G.* (1970): Gruppendynamik der Aggression (Berlin: Pines)
- (1972 a): Auf dem Wege zu einer Psychotherapie der Schizophrenie IV. In: *Dyn. Psychiat.* (5) 81—107
- (1972 b): Zur Genese und Struktur psychosomatischer Syndrome unter Berücksichtigung psychoanalytischer Technik. In: *Dyn. Psychiat.* (5) 223—251
- (1973): *Dynamische Psychiatrie* (Darmstadt: Luchterhand)
- Argelander, H.* (1971): Ein Versuch zur Neuformulierung des primären Narzißmus. In: *Psyche* (25)
- Balint, M.* (1966): *Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse* (Bern/Stuttgart: Huber/Klett)
- Böcker, F.* (1973): Suizide und Suizidversuche in der Großstadt, dargestellt am Beispiel der Stadt Köln (Stuttgart: Thieme)
- Erikson, E. H.* (1950): *Childhood and Society* (New York: Norton)
- Federn, P.* (1952): *Ego Psychology and the Psychoses* (New York: Basis Books)
- Freud, S.* (1916): Trauer und Melancholie. *Ges. W.*, Bd. X (London: Imago)
- Fromm, E.* (1939): Selfishness and Selflove. In: *Psychiatry* (2) 17
- Graber, G. H.* (1957): Geburts- und Wiedergeburtssymbolik. In: *Der Psychologe* (10/11)
- Kohut, H.* (1971): *The Analysis of the Self* (New York: Int. Univ. Press)
- Ringel, E.* (1953): *Der Selbstmord; Abschluß einer krankhaften Entwicklung* (Wien/Düsseldorf: Maudrich)
- (1969): *Selbstmordverhütung* (Bern/Stuttgart/Wien: Huber)
- Rose, G.* (1970): *The Self and the Creative Impulse*. Unveröffentl. Manuskript.
- Sandler, J.; Holder, A.; Meers, D.* (1963): *The Ego Ideal and the Ideal Self*. In: *Psychoanal. Study Child XVIII* (New York: Int. Univ. Press)
- Schumacher, W.* (1970): Bemerkungen zur Theorie des Narzißmus. In: *Psyche* (24)
- Spitz, R.* (1955): Die Urhöhle: Zur Genese der Wahrnehmung und ihrer Rolle in der psychoanalytischen Theorie. In: *Psyche* (9) 641—667
- Stengel, E.* (1969): *Selbstmord und Selbstmordversuche* (Frankfurt: Fischer)
- Van der Waals, H. G.* (1949): Le Narcissisme. In: *Revue Française Psychanalyse* (13) 501—525
- Winnicott, D. W.* (1960): *The Theory of Parent-Infant-Relationship*. In: *The maturational Process and the Facilitating Environment* (London: Hogarth, 1965)

Depressio sine Depressione — An Aspect of the Antisocial Personality

Matti Tuovinen*

Der Autor geht aus von der Hypothese Otto Kernbergs, daß bei der narzißtischen Persönlichkeit ideales Selbst, ideales Objekt und reales Selbst in pathologischer Weise fusioniert sind. Die antisoziale Persönlichkeit begreift er als Kompensationsversuch und als Abwehrformation gegenüber der Depression einerseits und der psychotischen Desintegration andererseits. Wie bei anderen Charakteranomalien handelt es sich um einen Defekt in der Ich-Struktur im Sinne einer „Perversion der Aggression“, der durch eine Psychotherapie nicht immer behoben werden kann. Der Autor hält eine weitere Erforschung des primitiven Ichs und die Entwicklung einer spezifischen Technik der Behandlung Ich-schwacher Patienten für erforderlich.

The personality disorders under the heading of “psychopathy” have a long time been an object for the classifying interest of the descriptive psychiatry. There are typologies with up to ten categories of the psychopathic character (*Schneider*, 1942). All the non-genetic typologies, however, are only an intermediate step in defining of the problem area, and as such, short-lived. Even in the psychoanalytic psychiatry, *Freud's* libido typology (1931), building on the dominance of some of the three personality instances, has died out, except in case of the compulsive character.

Fenichel (1945) states, that this kind of typology is not dynamic: psychoanalysis is not satisfied with quantitative classifications, it tends to operate with many-sided conceptions of the functional relations between the three instances in an individual personality.

The character pathology met with in work with the criminals is so polymorphous, that often the easiest way of approach seems to be the study of certain archetypes of crime. But, even in the jungle of character pathology, one common denominator is found: the relation of the criminal and his behavior to his built-in depression (*Tähkä*, 1968).

The term “psychopath” is much criticized, it is diffuse and worn-out. A rather useful term might be the narcissistic personality, not to be called so because of the libido distribution, as *Freud* did in his typology, but according to the qualities of the object relationships (*Kernberg*, 1970). It is a disturbance of self-regard, with specific disturbances of object relations. Some of these personalities may function quite well socially, and the impulse control may be much more effective than in an infantile personality. *Kernberg* sees the antisocial personality as a distinct

* Prof. Dr. med., Psychiater und Psychoanalytiker, Vanha Vaasa

sub-group of the narcissistic personality, with an especially pronounced superego pathology.

Some analysts have observed an increase of the narcissistic personality problems lately, f. e. *Arlow* (1961) sees this phenomenon against the background of a current crisis of myths. His definition of the actual global crisis in our culture includes many such aspects, which may be identical with the term anomy by *Durkheim*, which is very popular among the criminologists and sociologists.

In his essay about certain character types met with in the psychoanalytic work *Freud* (1916) names the criminal out of sense of guilt. He had mentioned the theme earlier already (*Little Hans*, 1909), and the theme has been worked on in the psychoanalytic literature ever since (to mention some of the authors and papers most relevant to my theme: *Burks & Harrison*, 1962; *Greenacre*, 1945, 1950; *Khan*, 1966; *Mailloux*, 1965; *Naiman*, 1966; *Schmideberg*, 1954, 1956). Some authors accentuate the importance of superego problems, some point out the ego aspects. Some writers formulate their definitions as if one alternative would exclude the relevance of the other one. The problem is, however, how the motives and causes of crime superego pathology, other character peculiarities and the depression cooperate. This approach requires a simultaneous observation of the superego and the ego aspects.

In this connection, with the term depression I mean a pathological state of conscious psychic suffering and guilt, with a marked reduction in the sense of personal values, and a diminution of mental, psychomotor and organic activity. I want to underline the mental suffering being conscious. We all know from our clinical experience the problems of depression. Even if a serious depression colours the whole being of the patient, and it may shadow all the other characteristics of him, the depression is not a separate phenomenon, but connected with the individual characterology in many ways. The specific mechanism of defence, the turning of the hate towards oneself, is always mentioned in discussing the psychology of depression. In the practical work with patients, one might sometimes feel, that this information has no technical, interpretative value. This reflection may be explained by the fact, that this specific mechanism of defence is supported by so many other mechanisms, typical to the individual personality, and one has to work with some of these resistances first in a long time. If the knowledge of the principal mechanism of turning the hate towards oneself, and the identification mechanisms therewith, has practical instrumental value rather soon, it is usually a question of a depression coupled to hysterical problems, where the identification processes have an important share and specific qualities: a rather rapidly cleared-out depression of such a patient does not have to be superficial, neither structurally nor emotionally. In such a personality one often immediately

meets hints of well-preserved inner freedom and elasticity, and even if there are mechanisms typical to depression, they are functionally directly connected with repression and its position as the leading mechanism of defence. These are the optimal cases, usually. The mechanisms of a long-time persistent depression are interrelated in many ways simultaneously with the hierarchy of the mechanisms of defence of the particular personality. Such is the situation in the special case of my theme, which concerns to a built-in character depression, or to put it more literally, to the elements of a not yet full-blown depression. Many of these patients themselves explain their criminal behavior by referring to a depression. But it is often very evident, that they do not experience consciously the melancholy sad elements of depressive emotions. Their mood may be very gloomy, but there is more readiness into the direction of rage than to a sorrowful state of mind. These character depressions form a special category in this respect, but even the "usual" neurotic patient, known from the analytic couch, may illustrate with his depression some connections between a persistent depressive situation and narcissistic problems: The unchanged repetitive self-reproaches are disproportionately directed to some thought or act, in relation to the first one in an absolute disproportion, to the last one in a relative disproportion. This way, the patient avoids the inner contact with his real guilt, and the images of innocence, "virginity" and intactness or fantasies about oneself as an "exception" may be saved and cultivated undisturbed, in the middle of all desperation. The hybris of the depressive patient consists of a triumph about deceiving the superego, and the self-reproach has lost its real meaning. The sadistic "pseudo-guilt" may be connected with some real "sin", but the conscious unproportionate reproach is colored and cathected by the regressive parts of the superego, this is also a way of avoiding the realistic judgment of the superego. The acceptance of superego estimation would require the giving up of all these secret habits of self-indulgence, and one would have to take more responsibility about oneself.

The characteristics of the ego ideal and the superego are very essential in understanding the narcissistic personality and its function. — *Edith Jacobson* (1964) states, that the intense frustrations in the early object relations may facilitate a dangerous fusion of the self image and the object images, a mechanism which may include a dilution of ego boundaries and the loss of reality testing, that is, a psychotic regression. According to *Kernberg*, the ego boundaries of a narcissistic personality are stable and the reality testing preserved, but the refusion of the internalized self images and object images may happen on a later developmental level. These patients identify themselves in their fantasies with their ideal self images, so to deny the normal dependency on the external objects — on their inner representations. This causes a devaluation of

objects. "I do not need to fear, that I will be rejected for not living up to the ideal of myself, which alone makes it possible for me to be loved by the ideal person, I imagine would love me. That ideal person and my ideal image of that person and my real self are all one, and better than the ideal person, whom I wanted to love, so I do not need anybody else any more" (formula by *Kernberg*). The normal tension between, on the one hand, the actual self, and on the other hand, the ideal self and ideal object, is eliminated by this inflated self concept. The remnants of the unacceptable, intolerable self images are repressed and projected into the outer objects, which are further devaluated this way. This process differs significantly from the normal differentiation between the ideal self and ideal object. The normal superego integrates the images of the ideal self and ideal object, both of them represent the internalized demands of objects, and the gratifications obtainable if the demands are met. The tension between these images and the actual self image becomes the tension between the ego and the superego. In a pathologically narcissistic personality, the fusion between the ideal self, ideal object and the actual self hinders this normal superego integration, first because the idealization implicit in fusion is so great, that it prevents the condensation of such idealized images with the real parental demands and the aggressively determined superego forerunners, and on the other hand, the actual self images, which are part of the ego structure, are now pathologically tied to the forerunners of the superego. This way, the differentiation of the superego from the ego is severely disturbed. Even if some superego components are internalized, like parental prohibitions, they preserve their primitive, disturbed, aggressive character, because they do not integrate at all with the loving aspects of the superego, which in normal case are drawn from the ideal self and object images, but are missing in these patients. Because the level of integration of superego forerunners is very low, the aggressive and primitive parts of superego is easily projected in paranoid manner. The other people are experienced as basically dishonest and unreliable, reliable only because of outer pressures. This kind of persons are incapable of real dependency on the other person. They may admire some hero, some exceptional individual, and build a relation which may look like dependency. But basically they experience themselves as a part of the admired person, and vice versa, the object as a part of them. This incorporation supports the inner fusion. If the admired one rejects them, they feel an immediate hate and fear, and react with devaluation of the idol. *Eissler* (1963) describes the technical principles drawn from these characteristics in psychotherapeutic work with young delinquents. These persons very seldom let anybody become important, they have a constant basic feeling of emptiness and irritation. It has to do with their incapacity to experience depression, which in its turn has to do with incapacity to mourn

a lost good object, or a lost ideal self image. The capability to mourn is a primary condition for an adult emotional development. Their need to devalue the object forms a no-man's land around them. One reason why they have to devalue everything they get is to avoid envy. This is their tragedy, they need so much from the others, but they do not dare to acknowledge its value, because it would activate the greedy envy. In the end, they always glide into the emptiness. — It is not only the question of to get, but to take also: the important factor in crimes. If someone else has something valuable, it has to be taken away, because it disturbs the structure of self-sufficiency. When it has become one's own, it loses its value. This partly explains the material irrationality of crimes. This kind of personality needs the objects to exploit them in order to prove oneself, that one does not need them.

All the character defences have an important narcissistic function of protecting the self-respect. The difference between the other character pathology with some narcissistic features and the essential narcissistic personality lies in the specific structure and function of the ego ideal. The fusion of the actual self and ideal self images functions as a crucial protection against primitive oral conflicts, frustrations and rage. The antisocial group formation, with its consequently negative group identity, supports this fusion of every individual member by mutual admiration etc., in the same time allowing a great amount of aggressive drive discharge against the outer world. The group dependency, as the only kind of dependency, is extremely important to some of the antisocial persons as a protection against depression. The primitive fused state of development may facilitate homosexual regression and tendency to alcoholism, depending on additional personality factors.

Freud (1914) refers to the early origin of the ego ideal: "That which he projects ahead of him as his ideal is merely his substitute for the lost narcissism of his childhood — the time, when he was his own ideal." The ego ideal, formed from ideal concepts of oneself and from the idealized qualities of the objects, gratifies the longing we never quite relinquish: the desire to be one with the love object. The constant struggle for oneness between ego and ego ideal reflects the persistence of this desire. Normally, the most important changes in the catexes of the self and object representations are brought about, first, by curbing of pregenital and sadistic drives, then by castration threat, and finally by superego formation proper. It is clear, that all these stages lose some of their developmental importance, if a refusion has happened, so that the situation of a preliminary phase of superego development is existing.

In practice, this means incapacity to acknowledge the real meaning of a criminal deed, and to realize the unacceptance from the superego. To experience the proportionally dosed unacceptance of the realistic super-

ego would mean to lose some aspects of the ideal self, in fusion identical with self, and to lose the possibility to the grandiose fusion. Because the ego, however, has synthesizing potentials, ready to work for more integration in the ego and for more realistic estimation of one's deeds by the superego, the situation results in a constant tension, which can lead to repetition of the crime, by which the criminal wants to demonstrate (to himself) his independency, courage, to feed ideas about his exceptional rights, to deny the feelings of guilt, when in the same time, by his repetition of crime, he is asking to be punished. When the repetition becomes an automatic vehicle for the elimination of tension, there starts a process of further primitivization in the personality, the proportion of profljections is increasing. *Naiman* (1966) and *Khan* (1966) have described the qualities of anxiety, which tries to become conscious, if the person succeeds in stopping the compulsion of acting-out. It is not a question of that kind of anxiety affect, we meet in the usual case of superego tensions, its character already points to an early origin.

I have described in an earlier paper (1970), how the capital offence, murder, can immobilize the repetition compulsion, first into a state of inner stagnation. For some criminals the absolute majestic eye-for-eye demand of superego may function as starting point and support for a process of personality change. It is a common feature of criminals and depressives, that they do not find real reliable support in their superego. But this kind of change "relying on a murder" is a rare example as a spontaneous phenomenon. — It is rather common, that some narcissistic personality features may appear very pronouncedly in young criminals, as an accentuation of the "legitimate" normal narcissism of the youth. Their life may be colored by crimes up to the age of thirty. Later on, they are capable of giving up these positions, in some measure anyway. The criminal way of life is their moratory, to put it in Eriksonian terms.

It is often evident, that the phallic ego ideals are very overvalued by criminals. It may appear as a necessity to describe a murder situation afterwards as a "honest" duel, for example, even if it would lead to grotesque distortions and confabulations. Their destructivity has an developmentally earlier origin than the genuine phallic aggressivity, but the myth of duel can save anything in the eyes of self respect. It is often question of a protophallic fixation about being convinced about, that everybody has a penis. In psychopathic personalities this fixation is already earlier overdetermined by problems of individuation. The progress of development from the protophallic positions is extremely difficult because of the undifferentiated entanglement of the separation anxiety and castration anxiety.

According to some authors (*Rose*, 1960) another important factor in the etiology of psychopathy might be the early continuous exposure to the primary scene situation, which often is accentuated by the slum

living conditions. This also can increase the intolerance against passive situations and the difficulties in mastering of the inner excitations, which in their turn increase the necessity of the mechanism of turning the passive situation into an active one, and its derivatives. I have in my earlier paper underlined the importance of the identification with aggressor as a leading mechanism in crimes of violence.

To return to the original theme of depression: to be experienced and tolerated with all its qualities, it requires a rather integrated superego, rather successful oedipal solutions; all this means, that the earlier defined processes of giving up are started, but eventually stagnated in their course. Only if the stagnation is heaved, the mourning process can go on. The stagnation and frantic sticking to certain ideal images means, on one hand, a susceptibility to suicidal crises, and on the other hand, a risk of externalizing paranoid attacks. It is known, that more violent deeds are done by depressives than by manic patients, although the manic ones otherwise may cause much trouble (*Woddis, 1957*).

The process of giving up the narcissistic fusion of ideals includes at times experiences of maximal weakness, helplessness and worthlessness. The working-through of this phase presupposes a capability to tolerate these intense feelings. But these psychopathic persons are afraid of these passive states of feelings, fearing that it would not be possible to regulate the inner contact with these painful feelings. To some of them, the fear is realistic: the inner structures, which are necessary for coping with these processes may be totally missing or uninductible. This early structural defect resembles ego disorders in some perversions and other character anomalies, and are very typical in all negative therapeutic reactions.

The tendency to the repetition of crime, the necessity of acting-out, is an attempt to support the system against the real constructive change, just because the change would include the state of maximal weakness and a threat of desintegration, for a period of time. On the other hand, all the synthetizing forces of personality are pressing towards a change already because of their primary growth potential, and because there has secondarily happened ego restrictions, even on the section of reality testing, and a decrease of autonomy, caused by the increased pressure of projections. The first crime may be important in many ways, but the other one makes the criminal.

There are typologies of psychopaths with many classes and categories. This phenomenological multitude is natural because of the limitless individual variations in these inner constellations. But, one might say, in principle, there are only two kinds of psychopaths, first those, where the psychopathy is a sum of various techniques of avoiding the depression, and secondly, those, where it is a question of defensive structures against a threat of psychotic desintegration. The limit is gliding. In the

early period of the development of an individual, when the images of self and object are not differentiated, and as such, not quite grounded the reality testing and ego boundaries yet, intense frustrations in the object relations may cause a refusion of the images of self and object, allowing the individual to flee the conflict between the need for the external object and the fear of it. Even though in the narcissistic personality the regressive fusion happens between the primitive ego ideal and self image and clearly on a later developmental level, there sometimes can happen a regression from this position into direction of psychosis. It is not uncommon, that a paranoid character becomes psychotic with auditory hallucinations, f. e. The susceptibility to such changes is increased by the fact, that the pure cultures of narcissistic object relations with their high proportion of introjection and projection are very vulnerable, they function on an extremely low level of autonomy, and are heavy structures from the point of view of the psychic economy. *Edward Glover* says with good reason, that the term split mind may be more applicable to the psychopath than to the schizophrenic.

„*Depressio sine depressione*“ — *Ein Aspekt der antisozialen Persönlichkeit*

Matti Tuovinen

Die Charakterneurosen (personality disorders) sind von der deskriptiven Psychiatrie lange Zeit unter der Bezeichnung „Psychopathie“ lediglich klassifiziert worden. Man fand bis zu 10 verschiedene Kategorien (*Schneider*, 1942), die aber, wie alle nicht genetisch orientierten Typologien, nur kurze Zeit beibehalten wurden. Auch die auf *Freuds* Libidotheorie und auf der Vorstellung der Dominanz einer der drei psychischen Instanzen basierende Charaktertypologie ist von der psychoanalytischen Psychiatrie wieder fallengelassen worden. Eine Ausnahme macht der Zwangscharakter.

Fenichel (1945) hat diese Art von quantitativer Klassifizierung abgelehnt und von der Psychoanalyse verlangt, daß sie die Dynamik der drei psychischen Instanzen, ihre Beziehung untereinander bei einem bestimmten Individuum versteht und damit arbeitet.

Nach der Art der Objektbeziehungen und nicht unter dem Aspekt der Libido-Verteilung hat *Kernberg* (1970) die antisoziale Persönlichkeit als besondere Form einer narzißtischen Persönlichkeitsstörung gesehen, mit einer besonders ausgeprägten Über-Ich-Pathologie.

1916 hat *Freud* den Verbrecher aus Schuldgefühl beschrieben. Seitdem ist dieses Thema in der psychoanalytischen Literatur immer wieder bearbeitet worden. Einige Autoren betonen die Bedeutung der Über-Ich-

Probleme, andere setzen den Akzent auf die Ich-Aspekte, öfters so, als ob eines das andere ausschließen würde. Es geht jedoch darum, einen Ansatz zu finden, bei dem simultan Über-Ich- und Ich-Aspekte beachtet werden.

So betrachtet der Autor die Depression nicht als ein Phänomen für sich, sondern als einen pathologischen Zustand, der das ganze Individuum betrifft und alle seine Charakterzüge färbt und überschattet. Der spezifische Abwehrmechanismus der Depression, die Wendung der Aggression gegen die eigene Person, ist mit den übrigen Abwehrmechanismen einer bestimmten Person so verflochten, daß in der praktischen Arbeit mit depressiven Patienten das Wissen um diesen spezifischen Mechanismus zunächst keinen interpretatorischen Wert hat und zuerst lange Zeit die anderen Mechanismen bearbeitet werden müssen. So ist es auch bei den Patienten, mit denen sich die vorliegende Arbeit befaßt, deren Depression eher larviert ist und die Gefühle der Trauer oder Melancholie gar nicht bewußt erleben. Sie wirken verdrossen und verbittert und neigen eher zu Wutausbrüchen. Aus Analysen „gewöhnlicher“ neurotischer Patienten ist die Verbindung einer anhaltenden Depression mit narzißtischen Problemen bekannt, und zwar haben die dort auftretenden sadistischen und grotesken Selbstvorwürfe auch die Funktion, ein realistisches Urteil des Über-Ichs und den inneren Kontakt mit der wirklichen Schuld zu vermeiden, um so die Vorstellungen von Unschuld oder Phantasien über sich selbst als einer „Ausnahme“ erhalten und inmitten aller Verzweiflung kultivieren zu können.

Edith Jacobson (1964) hat beschrieben, wie starke Frustrationen in den frühen Objektbeziehungen eine gefährliche Fusion der Selbst-Imago und der Objekt-Imagines zur Folge haben können, was eine Auflösung der Ich-Grenzen und den Verlust der Realitätsprüfung, d. h. eine psychotische Regression bedeutet. Nach *Kernberg* sind die Ich-Grenzen einer narzißtischen Persönlichkeit jedoch stabil und die Funktion der Realitätsprüfung bleibt erhalten. Die Fusion kann jedoch auf einer späteren Entwicklungsstufe eintreten. Die Patienten identifizieren sich dabei mit ihren idealen Selbst-Imagines, um so die normale Abhängigkeit von den äußeren Objekten, bzw. deren inneren Repräsentanten zu leugnen. Dies hat eine Entwertung der Objekte zur Folge. Dadurch wird die normale Spannung zwischen dem wirklichen Selbst einerseits und dem idealen Selbst und dem idealen Objekt andererseits eliminiert. Normalerweise werden ideales Selbst und ideales Objekt vom Über-Ich integriert und beide repräsentieren die internalisierten Forderungen und die entsprechenden Gratifikationen der Objekte. Die Spannung zwischen diesen Imagines und dem wirklichen Selbst wird zur Spannung zwischen Ich und Über-Ich. Bei einer narzißtisch gestörten Persönlichkeit verhindert die Fusion mit dem wirklichen Selbst, daß ideales Selbst und ideale Objekte vom Über-Ich integriert werden. Die wirklichen Forderungen

der Eltern und die aggressiven Vorläufer des Über-Ichs können mit den idealisierten Imagines nicht verbunden werden und das Über-Ich behält seinen primitiven, aggressiven Charakter. Es ist so schwach integriert, daß es leicht in paranoider Weise auf andere Menschen projiziert wird, die dann als grundsätzlich unehrlich und unzuverlässig erlebt werden, als ob sie nur auf äußeren Druck reagierten. Eine echte Bindung an andere Menschen kann so gar nicht entwickelt werden. Diese Patienten bewundern vielleicht irgendeinen Helden oder ein außergewöhnliches Individuum, betrachten sich selbst dabei jedoch als Teil der bewunderten Person und umgekehrt das Objekt als Teil ihrer selbst. Diese Inkorporation unterstützt die innere Fusion. Wenn sie abgelehnt werden, reagieren sie unmittelbar mit Haß und einer Abwertung des Idols. *Eissler* (1936), der mit jungen Delinquenten psychotherapeutisch gearbeitet hat, beschreibt, wie sie kaum jemals einen anderen Menschen für sich wichtig werden lassen. Das hat mit ihrer Unfähigkeit zu tun, um ein verlorenes gutes Objekt oder ein verlorenes ideales Selbst-Imago zu trauern. Durch den Zwang, die Objekte abzuwerten, entsteht um sie herum ein Niemandsland und in ihnen ein Gefühl der Leere. Die Abwertung dient aber auch der Abwehr von Neid. Sie brauchen so viel von anderen und können das doch nicht anerkennen, weil es ihren Neid aktivieren könnte. Ihre Schwierigkeit besteht nicht nur darin, etwas zu bekommen, sondern auch darin, überhaupt etwas anzunehmen. Der Kriminelle braucht die Objekte, um sie auszubeuten, damit er sich selbst beweisen kann, daß er sie nicht braucht.

Diese Charakter-Abwehr hat eine wichtige narzißtische Funktion, nämlich die Selbstachtung zu wahren. Die Fusion des wirklichen Selbst mit den idealen Selbst-Imagines bildet einen Schutz gegen primitive orale Konflikte, gegen Frustrationen und Wut. Die antisoziale Gruppenbildung fördert diese Fusion bei jedem einzelnen Mitglied, u. a. durch gegenseitige Bewunderung, und gleichzeitig ermöglicht sie die Entladung der Aggressionen gegen die Umwelt. Die Abhängigkeit von der Gruppe, die als einzige Abhängigkeit überhaupt toleriert wird, schützt den einzelnen vor der Depression.

Freud (1914) sagt über das Ich-Ideal und seine Entstehung, daß es den verlorenen Narzißmus der Kindheit substituiert. Es ist aus den Idealvorstellungen über die eigene Person und aus den idealisierten Eigenschaften der Objekte entstanden und befriedigt das uralte Verlangen, mit dem geliebten Objekt eins zu sein. Der anhaltende Kampf zwischen Ich und Ich-Ideal spiegelt das Fortbestehen dieses Wunsches wider. Normalerweise werden die wichtigsten Veränderungen des Selbst und der Objektrepräsentanzen durch die Zügelung der prägenitalen, besonders der sadistischen Triebe, dann durch die Kastrationsdrohung und schließlich durch die Über-Ich-Bildung herbeigeführt. Im Fall der Fusion existieren aber nur Vorläufer des Über-Ichs, was in der Praxis

bedeutet, daß Kriminelle die wirkliche Bedeutung ihrer Taten nicht einschätzen und sie nicht ablehnen können. Eine solche Ablehnung würde für sie den Verlust von Teilen ihres Selbst bedeuten. Das Ich sorgt jedoch mit seiner Bereitschaft, die Taten realistisch einzuschätzen, für eine ständige Spannung, die der Kriminelle zu eliminieren versucht, indem er das Verbrechen wiederholt und sich so seine Unabhängigkeit, seinen Mut und seine außergewöhnlichen Rechte selbst zu beweisen versucht. Er leugnet so seine Schuld und fordert gleichzeitig eine Bestrafung heraus.

Ein Kapitalverbrechen, z. B. ein Mord, kann diesen Wiederholungszwang unterbrechen. Die absolute Konfrontation mit den Forderungen des Über-Ichs kann dabei den Prozeß einer Veränderung der Persönlichkeit einleiten.

Phallische Ich-Ideale werden von Kriminellen häufig überbewertet. Im Gegensatz zur genuinen phallischen Aggressivität entspringt ihre Destruktivität jedoch einer protophallischen Fixierung, d. h. der Überzeugung, daß jeder einen Penis hat. Trennungs- und Kastrationsangst sind bei ihnen noch nicht voneinander differenziert, was eine Auflösung dieser Fixierung außerordentlich erschwert.

Rose (1960) hat darauf hingewiesen, daß besonders die in den Slums lebenden Kinder häufig und früh die Urszene erleben, was später dazu führen kann, daß Passivität nicht ertragen und innere Erregung nicht bewältigt werden. So müssen sie immer wieder zwanghaft Passivität in Aktivität umkehren. Bei Gewaltverbrechen spielt dieser Mechanismus der Identifikation mit dem Aggressor eine wichtige Rolle.

Depression kann nur erfahren und toleriert werden, wenn das Über-Ich einigermaßen integriert und die ödipalen Konflikte einigermaßen gelöst sind. Das erbitterte Festhalten an bestimmten Ideal-Imagines bedeutet einerseits eine Anfälligkeit für suizidale Krisen und andererseits besteht die Gefahr des paranoischen Externalisierens. Das Aufgeben der narzißtischen Fusion ist mit der Erfahrung größter Schwäche, Hilf- und Wertlosigkeit verbunden und das Durcharbeiten dieser Phase setzt die Fähigkeit voraus, diese intensiven, schmerzhaften Gefühle, diesen extrem passiven Zustand zu tolerieren und damit fertig zu werden. Die inneren Strukturen, die dazu erforderlich sind, fehlen bei einigen psychopathischen Persönlichkeiten vollkommen und können auch psychotherapeutisch nicht induziert werden. Dieser frühe strukturelle Defekt ähnelt den Ich-Krankheiten, wie sie bei Perversionen oder anderen Charakteranomalien gefunden werden und ist typisch bei allen negativen therapeutischen Reaktionen.

Trotz der Vielfalt in ihrer Phänomenologie gibt es eigentlich nur zwei Arten von Psychopathie, und beide können als Kompensations- und Abwehrformationen begriffen werden, die eine gegenüber der Depression, die andere gegenüber der psychotischen Desintegration.

In den ersten Phasen der Entwicklung eines Individuums haben sich die Imagines des Selbstes und der Objekte noch nicht klar voneinander differenziert und die Realitätsprüfung und die Ich-Grenzen sind deshalb noch nicht gefestigt. Starke Frustrationen können dann dazu führen, daß es zu einer Wiedervereinigung der Selbst- und Objekt-Imagines kommt. Das Individuum entflieht auf diese Weise dem Konflikt, der dadurch entsteht, daß es das äußere Objekt gleichzeitig fürchtet und benötigt. Diese regressive Fusion findet bei der narzißtischen Persönlichkeit auf einer relativ späten Entwicklungsstufe statt (Fusion von Ich-Ideal und Selbst-Imago), und doch kann es machmal zur Psychose kommen, weil die narzißtischen Objektbeziehungen mit ihrem hohen Anteil an Projektionen und Introjektionen sehr verletzlich sind.

Literature

- Arlow, J. A.* (1961): Ego-Psychology and the Study of Mythology. In: *J. Am. Psychoanal. Ass.* (9) 373—393
- Burks, H.; Harrison, S. I.* (1962): Aggressive Behavior as Means of Avoiding Depression. In: *A. J. Orthopsychiat.* (32) 416—422
- Eissler, K. R.* (1936): Some Problems of Delinquency. In: *Searchlights on Delinquency* (New York: Int. Univ. Press)
- Fenichel, O.* (1945): *The Psychoanalytic Theory of Neurosis* (New York: Norton)
- Freud, S.* (1909): Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben. *Ges. W.*, Bd. VII (London: Imago)
- (1914): Zur Einführung des Narzißmus. *Ges. W.*, Bd. X, aaO.
- (1916): Einige Charaktertypen aus der psychoanalytischen Arbeit. *Ges. W.*, Bd. X, aaO.
- (1931): Über libidinöse Typen. *Ges. W.*, Bd. XIV, aaO.
- Glover, E.* (1970): *The Roots of Crime. Selected Papers on Psycho-Analysis* (New York: Int. Univ. Press)
- Greenacre, Ph.* (1945): Conscience in the Psychopath. In: *Am. J. Orthopsychiat.* (15) 495—509
- (1950): General Problems of Acting Out. In: *Psychoanal. Quart.* (19) 455—467
- Jacobson, E.* (1964): *The Self and the Object World* (New York: Int. Univ. Press)
- Kernberg, O.* (1970): Factors in the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personalities. In: *J. Am. Psychoanal. Ass.* (18) 51—85
- Khan, M. M. R.* (1966): Comment on Dr. Naiman's Paper. In: *Int. J. Psychoanal.* (47) 293—294
- Mailloux, N.* (1965): Functioning of the Superego in Delinquents. In: *Int. J. Psych. Clin.* (2) 61—81
- Naiman, J.* (1966): The Role of the Superego in Certain Forms of Acting Out. In: *Int. J. Psychoanal.* (47) 286—292
- Rose, G. J.* (1960): Screen Memories in Homicidal Acting Out. In: *Psychoanal. Quart.* (29) 328—343
- Schmideberg, M.* (1954): Is the Criminal Amoral? In: *Brit. J. Delinq.* (4) 272—281
- (1956): Delinquent Acts as Perversions and Fetishes. In: *Int. J. Psychoanal.* (37) 422—424
- Schneider, K.* (1942): *Die psychopathischen Persönlichkeiten* (Wien, 5. Aufl.)
- Tuovinen, M.* (1970): Crime as an Attempt to Save one's Integrity. In: *Dyn. Psychiat.* (3) 99—105
- Tähkä, V.* (1968): Acting out ja sen käsittely. In: *Duodecim* (1) 17—25
- Woddis, G. M.* (1957): Depression and Crime. In: *Brit. J. Delinq.* (8) 85—94

Author's address:

Matti Tuovinen, M. D.
 Dept. of Forensic Psychiatry
 Mustasaari Hospital
 Vanha Vaasa, Finland

Views on the Dynamics of Depression and Mania Following Long Psychotherapy of a Case: The Importance of Denial**

Morris M. Kessler*

In der vorliegenden Arbeit wird die langjährige psychoanalytische Behandlung einer manisch-depressiv erkrankten Patientin beschrieben. Kesslers theoretisches und therapeutisches Konzept basiert auf den bekannten Arbeiten Abrahams, S. Freuds, B. Lewins, Rados und Katans zu diesem Krankheitsbild. Die von den genannten Autoren beschriebene Psychogenese und Psychodynamik der Depression und Manie findet ihre Bestätigung in Kesslers Fallgeschichte. Dennoch ist der Autor der Ansicht, daß das allgemein anerkannte Konzept noch einiger wichtiger Ergänzungen bedarf. Für ihn ist der Abwehrkampf des Ichs, der ein Wiedererleben des an die ursprünglich traumatische Situation gebundenen Schmerzes durch den Abwehrmechanismus der Verleugnung verhindern soll, der beeindruckendste Aspekt der Psychodynamik dieses Krankheitsbildes. Dabei ist die Verleugnung nicht nur Abwehrmechanismus, sondern auch Restitutionsmechanismus. Kann der Patient in der manischen Phase den zugrundeliegenden Konflikt dank größerer Ich-Stärke lange genug verleugnen, so ist die narzißtische Wunde im Ich so weit verheilt, daß das Ich wieder stark genug ist, den Konflikt zu verdrängen. Die schweren Manifestationen finden vorübergehend ein Ende, der Patient erscheint „normal“ neurotisch. Da der verinnerlichte Konflikt jedoch unverändert besteht, ist der Patient gegenüber jedem erneuten Angriff verletzbar.

A 33-year-old Jewish mother of three children was taken into three-times-a-week psychotherapy, following the failure of a course of intravenous sodium amytal therapy by another psychiatrist. She was considered to be a case of hysteria with depressive features at the onset of the therapy. However, at the end of the first year of treatment she became deeply depressed. This emotional change ushered in a four-year period in which her behavior cycled through clear-cut depressions and manias. In her depressed states, her principal energy achievement was to get herself dressed and down to the psychiatrist's office. She would wear the same drab sweater and skirt until they became soiled; her hair would be uncombed and she would never use facial cosmetics. She found it almost impossible to wash or to bath. Otherwise, she would lie in bed at home unable to eat, and barely able to think. (There would be a weight loss of 40 to 50 lbs. during a depressed period.) At the office, verbalization was laborious, the content dealing with recurrent thoughts of how to end her misery. Frequently this painful emotional state would be reflected in an agonizing groan. In her second year of treatment she made a fairly serious suicidal attempt and was hospitalized for about one month.

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

** The paper was presented at the New York Meeting of the American Psychoanalytic Association, 1969

In the manias, things were diametrically opposite. She was full of energy and the day was never long enough for her. She had many projects going at one time. At midnight she would call friends to try to arrange a canasta game. She tended to overdress and used cosmetics so heavily that at times it was smeared. She bought large new wardrobes of clothing, much of it on the garish side. Items for the home flowed from the department stores (and much of it had to be returned or cancelled by her husband, including the near purchase of a grand piano). She ate well and gained weight rapidly. She literally drooled in talking about the wonderful food her mother sent her. The aforementioned projects were many and varied. She took up bowling and would play several times a day. She would try to show off her bowling form to strangers in the medical building. Soon she was bowling with a score just under 200. She felt it would be simple for her to go to medical school and that the editor of the local newspaper would feel grateful for the privilege of financing her through school. Then she felt she must earn some money and thought of selling in a department store. However, there was no intention of seeking a job in the ordinary way; she went to the employment office and literally granted an audience. She told the job interviewer which select hours she would be willing to work, what her salary would have to be, and in which department she would consent to work. She became irritable and angry with local and national figures, and would „tell them off“ on occasion. In her treatment hours she talked a great deal, sometimes with a flight of ideas, but for the most part she tried to convert the treatment into a social session.

With the manic-depressive cycle in force, it became quite apparent that there were built-in blocks to progress in treatment in the usual psychoanalytic manner. In the depressed period, the slowed mental process and the preoccupation with thoughts of how to end her misery did not offer much chance for interpretation. Only the fact that she came to treatment regularly suggested that she was making an effort and was relating to the therapist; in the mania, though the patient was wonderfully articulate, she was in no mood for serious work in her treatment. She remembered well the painful depressed period she had been through and wanted to forget, deny, or run away. And yet there seemed to be no other way to attempt to understand this condition except through the methods of analysis. Accordingly, patience became the watchword, provided that she could be maintained in an office type of psychotherapy.

Pertinent Background History Obtained before First Depression Set in

She was younger than her only brother by three and a half years. She had ample reason to feel jealous of her brother in the early years

because he was bright, good-looking and was liked by everyone. The mother made it clear that she favored him. There was constant strife in the family. The father was a sort of dreamer and tended to be adversely influenced by his brothers. His two unmarried sisters periodically created discord in the family life. When the father got into financial trouble, he was persuaded to do something for illicit gain. He was caught and, after much litigation, served a period in jail. When he returned from jail he did not work for quite some time and lived off his wife's earnings. Later he settled down to steady work as a semi-skilled worker, too late for it to be a stabilizing factor in the patient's life. The mother suffered depressed periods on her own and was periodically almost paranoid.

A traumatic event probably took place when the patient was about three. The father insisted that they all move to a farm, so that his family could have the healthy life. The mother stood it only two months and then left the house for an indefinite period. The patient was cared for by her aunt „A“ until her parents were re-united by the father giving up his farm notion and moving back to the city. The patient had no memory of this period. At the age of eight, the patient remembers a major break-up of the family. The actual separation occurred after school one day when her mother called for her in a cab. Her father (and uncle) were in a car nearby, calling to the patient. The mother forcibly took her into the cab. This separation (which may have been brought on by her father's aforementioned illegal act) initiated a very unpleasant part of her life. The mother, brother and the patient lived either with a grandmother or in rooming houses. They were never welcome at the grandmother's home. The patient always felt like a second-class citizen in the rooming houses. They were crowded together and shared a single bedroom. She did not have her mother home, as other children did. The mother worked in a factory almost 12 hours a day.

Somewhere in the midst of this, the father went to jail, and she felt some of the unpleasant notoriety of this event rubbing off on her. On one occasion she visited her father at the State penitentiary. While the father was away, she describes a relationship between an uncle and her mother that must have constituted a sexual affair. When the father returned to live with them, the patient asked her mother naively (age 11) why she would have to give up sleeping with the mother, more or less asking why the mother would prefer to sleep with him rather than with her.

The patient knew she had mental trouble early in her life because of certain memories that come back to her. At age 10-11 she threatened to commit suicide if she had to wear her new shoes out in the rain,

where they would become wet and soiled. At that time she also went through a phase when she wore her dresses reversed and cut the pockets off them. She had no memory of masturbating in any part of her life but admitted that most events prior to age 10 seemed vague to her. Much later in treatment, memories of masturbation came back to her after some rather specific dream material. While in college, she remembered an occasional arousal but managed to distract herself or „go out and have a coks“. There was an episode in childhood when she played a game with a girl friend, trickling ice on each other's genitals.

She did poorly in school and was in frequent conflict with specific teachers. Suddenly in the latter part of high school she got the idea that she must go to college, and it became an obsession with her. It was all the more remarkable because of several factors: 1. her grades were poor, and schoolwork never was easy for her; 2. money was not available to her; 3. she had to make up many subjects in order to shift from a business preparatory course to one suitable for college entrance. There may have been a time relationship between this great resolve and her brother's announcement that he was giving up all thought of going to college and was turning to a laboring job as an occupation, but this was never clearly admitted. But accomplish the difficult task she did. She worked summers and then became a secretary in a doctor's office on a steady basis. Gradually she made up the necessary courses and set off for a State university with barely sufficient funds to last the first year.

She first worked as a maid in the college town and then became a doctor's secretary. She held the latter job through college, but the hours were exacting and she had almost no time to keep up with her studies. Literally, she had only time to attend classes, work, and then sleep in an exhausted state. She bargained with her professors at the end of courses for just a passing grade so that she would not have to take examinations, which she felt incapable of passing. She made the statement once that she attended college and got a degree, but was not educated in the process.

In the last two years of college she began going with her husband-to-be. She selected him for stable qualities, such as being a good potential father and provider and not because she was in love. They were married on the day before graduation, and, because of the marriage, she did not attend her graduation ceremonies. In the year before marriage, an annoying physical symptom appeared, which required thorough investigation. It was an unusual frequency of urination. She could literally 'go' 30 times a day. She never felt quite through when she urinated. A complete urological study led to the conclusion 'no pathology'.

(This became an annoying symptom in her later sickness and during certain phases of her treatment).

She probably experienced no sexual gratification in her marriage but allowed that she liked to hold her husband and press against him. She almost never refused intercourse, considering it a wifely duty to comply when her husband was interested.

Selection of Material Having Psychoanalytic Significance

At the end of the first year of treatment, the patient went into a deeply depressed state and, while technically out of treatment*, made a suicidal attempt. She was hospitalized and received shock treatment. During the latter part of her hospitalization she seemed to be going into a manic phase. Here and there, however, the content of thought was depressive.

It was during an interview while in the hospital that a chink was opened up in the wall of her defenses leading to a period of treatment relationship which was like 'being in analysis'. She had been showing me a greeting card from her aunt 'A' and started to discuss her reaction to the handwritten words. She said it had made her momentarily depressed. She suddenly looked as though her eyes would brim with tears. Her face changed and became hollow and depressed-looking. Suddenly she caught herself and began to be gay again. I asked how she could accomplish this sudden change to gaiety. She told me she had the thought, 'this will be too painful. I'd better stop it' — whereupon she did.

It was like a sudden mobilization of energy whose purpose was to cut off the feeling. I was able to interpret this 'cut-off' to her in several ways. (A sex urge while studying — she suppresses it and gets a coke; her legs get rubbery while dancing with an Italian boy when she was 16 years old — she knows she is aroused beyond control, excuses herself, and never sees him again.) She interrupted and told me she was thinking about her sex relations with her husband. She will begin to feel something, and suddenly it is cut off. She is beginning to think she has to cut it off. I pointed out that today she recalled that a certain emotion would be too painful or too much and she is threatened by it, so she cuts it off. Perhaps the two emotions — one involving the sex relationship with her husband, and one an emotional relationship with her mother* — have a common root.

The following day she suddenly burst into tears and kept crying 'convulsively' for the whole hour. (During her depressed periods she was

* She had missed several appointments and then called to say she had consulted another psychiatrist and was terminating with me. On the night of the suicidal attempt, the husband called me, asking that I take over again.

* See subsequent discussion of the greeting card, p. 38.

agitated but was unable to cry.) In the next interview she seemed much more normal, cried appropriately to the content, but announced toward the end of that hour that she was afraid of going on with this treatment. She wanted to be through with me; she wanted to have no responsibilities. She thought of a possible adaptation to life where she could work part-time. She was fearful of going back to have to cook for her children and her husband. Again an interpretation was made about a 'cut-off'; just when she is feeling things, she wants to stop treatment.

Two weeks later she came into the office with a dream, to which she had a number of associations, which opened up certain issues. The dream involved a visit by her two maiden aunts, 'A' and 'B' (one of whom was mentioned above). It is raining outside; the house is in disorder. She wants them to go and not come back until she is over her sickness. They remark about one of the patient's peculiar habits, and the patient relates it to crying.

The crying which these aunts refer to made her think of the word 'pisherka', * which they used in regard to her crying, although she is well aware of the more common use of the term in reference to urination. In thinking of aunt 'A', she recalled that she is an epileptic. The patient may have seen many convulsive seizures, but the one she particularly remembered occurred when she was 11 and was sleeping between her grandmother and her aunt 'B', with her aunt 'A' in another bed in the same room. She was awakened to see her aunt rise off the bed and throw herself to the floor. Then there were convulsions, and frothing and blood about the mouth. It was not clear, but she may have been involuntary of urine and feces. This made the patient recall that in the week before going to the hospital following the suicidal attempt, she had the thought that something would happen inside her head and that blood would come out of both ears. She then recalled that her mother had said to her over and over again that when the patient was two years old she had an illness lasting about three weeks in which she had convulsions, and the mother never forgot to tell her that they (the convulsions) might come back. In another version of this illness, it was stated that the convulsions followed eating bananas, skin and all. The mother stressed that if she had not taken such good care of her at that time, the patient would have become an epileptic. She said the patient must guard against getting too excited or overdoing anything.

The following examples from her case history and productions while in treatment were then presented to her in meaningful sequence. She was reminded of the great need for control in her life history, and the most striking area under control was sexual. She did not ever recall masturbating in childhood or in adolescence. When a conscious urge to mastur-

* One who is out of control of her urination.

bate arose, she cut it off and did something else. She experiences the 'cut-off' in sex relations with her husband and suspects that she needs to cut it off. Very recently she almost cried in relation to what her aunts wrote about her mother, but she could not let the emotion come — it would be too painful or too much. The next day she did let herself go and cried all hour with a considerable lowering of tension. (This point had impressed her so that for a long time she would come to the office and say: 'I hope I can cry. Maybe I'll have some slight relief'). Now she brings a dream, whose associations refer to the word 'pisherka'. However, her aunts, in using this expression, meant 'urinating with the eyes'. It should be clear from the fact that she gains so much surcease from crying that 'urinating with the eyes' gives relief from endless pain and tension, but the patient is a 'pisherka' according to the original meaning of the term. She has a symptom of extremely frequent micturition. Yet, while this symptom is going on in her illness, she is unable to cry with her eyes, and she would have liked to have had relief from crying by tears. Apparently crying is more directly connected with some painful memory than is the urination*. The patient was then reminded that our recent discussions on this subject started with her pained reaction to a greeting card from aunt 'A'. The words on the card were as follows: 'Your mother is doing her duty to the children. Think of her more often, a little more friendly and a little more kindly. A mother is a priceless gift. Keep it dear as long as you can. Once gone, never replaced'. The patient apparently had to 'cut off' showing emotion by crying because it would be too painful and it was an emotion dealing with the relationship to a 'precious mother'. The suggestion is here that a painful event occurred between the patient and her mother, and it may involve shame about her excretions. In any case, the mother's attitude toward her and the patient's reaction to this attitude may be at the center of her sickness. The patient followed my reconstruction very well to this point. The principal benefit of the interpretative reconstruction was derived from her sudden and complete knowledge that she was overcontrolled and had very few channels open for discharge of feeling. 'Even my tears are blocked. It felt so good when I could cry. If this is true about myself, maybe the interpretations about sex are also true'.

From the therapist's standpoint, the ability to make the reconstruction from very specific, fairly coherent material was like establishing a beachhead in an extremely well-guarded territory, from which vantage point expansions of insight could be expected. However, the manic-depressive cycle seemed in itself to be a deterrent to insight. In the

* The therapist noted to himself that it would be good to understand why a discharge of tension (or excitement) through the urinary apparatus is apparently acceptable. Some light is thrown on this point in later material

depressive phase only one theme is repeated — 'I am guilty of some nefarious urge or deed, and I must suffer. Nothing else can occur in my mental life except the details of my punishments and the awareness of how awful I am'. In the manic phase, the principal theme is denial and avoidance of anything painful. 'Eat, drink, and be merry because tomorrow I will be depressed and will want to die'. Accordingly, most of the progress occurred during the phases of the cycle when she was getting less depressed or was less manic. Actually, in the latter period of her treatment the therapist could forestall the emergence of a mania by remarking, 'I think you show signs today of getting high. So I suppose we are in for a prolonged period when all you can tell me is the bowling score or the details of the canasta game'. She would say that she would sincerely try not to get high so that she could stay in 'real' treatment. Frequently enough, she was successful.

Approximately one year later there was another opportunity to consolidate the 'beachhead'. The patient started a treatment hour demonstrating strong defiance. She sat up on the couch, turned to face me, and lit a cigarette. She had been angry with me about my interpreting her silence the day before as holding back and stubbornness. However, as we discussed it, the anger disappeared, and she brought a dream with rather specific associations. In the dream, she was buying shoddy sandals to match a five-year-old cocktail dress. She felt undecided because she did not want to miss her appointment with me. In the dream, the shoes seemed to be badly stitched*.

Immediately she thought about the sutures that were put in for her episiotomy incision during childbirth. When I pointed out that this fragment of the dream contained a disparaging attitude (badly stitched, shoddy sandals) toward her vagina, and then asked what she thought about matching the shoes (vagina symbol) to a cocktail dress, she said: 'The cocktail dress is my outward femininity, and the thought of a vagina just doesn't match. It's dirty; it reminds me of bowel movements — and masturbation'. She then began to recall that in the pre-puberty or possibly late latency period she had strong sex feelings in the genitals. She experimented with a number of objects to try in the vagina, and recalls a wonderful feeling in holding something inside. The objects she recalled were a sock darter and a vaginal douche piece belonging to her mother.

When I pointed out that a 10- to 13-year-old girl who had a brother and a father and who recollects seeing crude drawings, unmistakable in their content, on walls and fences, and who had a man expose his penis to her at close range*, might also have considered having a penis inside

* There were parts of this dream, and other dreams mentioned subsequently, which produced associations, which are omitted for the sake of brevity.

* Another traumatic event, which probably occurred at age 10.

her vagina to enhance the feeling of pleasure, her thoughts went in a number of directions. She first thought of a recurrent wish that she could be completely without sensation or urges. She had long wanted to have no genitals, no breasts, and no hunger to eat. This led her to recall a dream which she brought several months earlier but which the analyst had brought back for discussion on numerous occasions. In this dream, a dress which she was trying on needed alteration in the bodice, especially with regard to two buttons, and her associations had gone to self-stimulation of her nipples, fear of letting her husband touch the nipples because she could not help their becoming erect (whereupon he would know she was excited), and finally nursing her own infants, which was accompanied by enormous sensation in the nipples and genitals.

When I suggested that there would be nothing against letting her husband know that she was excited, she had still another association. She recalled the summer in her fourteenth or fifteenth year when she went steady with an attractive boy in the neighborhood. There was much necking and petting. Suddenly he broke off with her and never saw her again. To this day she felt that he rejected her for a body odor. When the analyst suggested that she may have referred to a genital odor when she got excited in their petting sessions, she at first demurred, then concluded: 'It proves that you shouldn't get too excited'. I pointed out that she finds so many reasons why it is imperative to control her sexual manifestations that she must be using all of her energies to accomplish this — that she might have a feeling of great relief if she felt free to let these natural manifestations and urges express themselves. After some thought, she agreed it was a wonderful idea, but for herself it would be better to be without urges or organs that get excited. She then said she doesn't think she needs a vagina in any case; she would get pleasant relief in just holding her husband — or, for that matter, me — against her without any penetration. I then pointed out how all her life she has solved a conflict about her urges or the excitable organs by repressing or denying their existence. Sometimes she just wishes them away. But couldn't she start with the reality that these urges and organs are here to stay, that we are in the process of seeing why she has to deny them, that eventually she has to become re-acquainted and comfortable with them.

The next day she started a discussion which was germane to the foregoing. She had been wondering why she refused to masturbate in her teens and adult life, and then wondered why she had resisted having sex with any of the men she dated. There must have been a purpose to all that control. Then she remembered an old thought. If she let herself get excited with a man, there would be no controlling it and she would end up a prostitute. She vaguely remembered that someone had warned her

about girls who went astray and ended up as prostitutes. She thought it was her mother who gave this warning. Her mother thought of prostitutes as the lowest and dirtiest. When I asked why she had to conclude that a woman who acknowledges her sexual excitement has to end as a prostitute, she admitted that it must be her own peculiar idea, and then said: 'Maybe that would be the only way to satisfy a constant excitement'. I could then point out that there must have been periods of enormous excitement in her youth to pose such a danger of being overwhelmed by it and to require such an absolute system of controls against the expression of it.

During this phase of treatment it was established beyond a reasonable doubt that the major part of her defensive struggle was to neutralize an enormous excitement which threatened to get out of control. The material seemed to indicate strongly that the patient had derived the idea from adults in her childhood that a terrible consequence like epilepsy or death would result if the excitements or feelings were allowed to go unchecked. She had personally observed epileptic attacks and knew what that discharge was like. The dirty degradation of prostitution was an equally dismal outcome. Expression of feelings through the genitals was very bad; however, discharge of excitement through urinary excretion was apparently more acceptable. Although polyuria became an annoying symptom, it was more acceptable to the sick vigilant superego as a discharge channel than any direct genital manifestation.

In later discussions, she recalled from her childhood that she would hold back on urination to the last possible moment because then the pleasurable sensation on micturition would be at its peak. When she brought this memory, she was convinced that the urinary symptom was a manifestation of sexual excitement. She also admitted (without a specific confirming memory) that when she masturbated with a solid object in her vagina, the build-up of feeling toward the point of letting go may have reminded her of the discharge of convulsions and therefore served as a warning to her to control it.

Actually, this material was worked over again and again as fragments of it appeared in other dreams and in the transference relationship. There seemed to be little doubt that the patient had an understanding and even a command of the content adding up to an insight. However, she experienced real difficulty in relating herself to other human beings as a creature of feeling and excitement. It soon became clear that the homosexual nature of the excitement had a lot to do with this blockage of feeling.

There was a clear linkage of a tendency to get depressed with some awareness of excitement in relation to women. On one occasion a high

period began to taper into a depression following our discussion of an episode where she had been playing cards with a group of women and became aware of the fact that they were looking at her breasts, which were revealed both in contour and over the particularly low décolletage of her frock. In the discussion she allowed that she understood how they would feel toward a deep womanly bosom. However, she had difficulty in allowing that it was sexual excitement that she feels toward a womanly woman. She felt she competed with women so far as the figure was concerned, just as she wanted to best them in a game of canasta.

She began to withdraw from card games but kept up attendance at a women's night swimming session at the high school. She stopped going to this type of conclave following discussion of her reactions to a buxom 16-year-old girl clad in a form-fitting tank suit. She observed that she understood how a man would feel good holding the soft body against himself. When she was asked whether it would be arousing to herself to hold such a body against her, she denied it and became silent. She became more deeply depressed after this and withdrew from all social activities. The linkage of this type of content to the depression was made repetitiously, but the patient was quickly beyond meaningful discussions. All she could bring out again was the painful, punitive confusion on her mind.

Months later, as she became more communicative but while still depressed, she brought a number of dream fragments whose content was unmistakable. 'I'm in the back seat of a car with a 14-year-old girl. I want sexual relief and don't know how. It has to be with her, but maybe it's just lack of privacy'. A few days later she brought another dream without comment. 'I'm aroused with a negress. I embrace her. I rub my genitals against her thighs. I wonder whether she will be disgusted'. When no associations were forthcoming, I commented: 'In this depressed period, your dreams reveal that you are in an excited state and the exciting person is a female. Perhaps that is why you are depressed, because you feel it is so wrong to be excited about a female'.

Later, when she was coming out of the depression, she brought a dream with some associations. 'I'm looking through a door into my room. A colored man is fondling a woman. I become excited and could masturbate. I think of going into my older daughter's room because no one is there, but I don't. The dream ends there'. Her immediate associations were that when she was the same age as her daughter is now, her mother was having an affair with an uncle. Her uncle was dark-skinned and could make one think of a negro. They even called him 'Schwartzza'! When I asked whether her excitement would be in relation to her uncle or to her mother, she seemed puzzled, as though she had never thought of it in that way. Then she said: 'Such a scene would be exciting just by

itself'. I pointed out: 'There were many things to excite a young girl, and yet you could not bring yourself to masturbate. However, your mother could act out her sexual urges easily. Perhaps masturbation, which you inhibit so strongly, is involved with this hurtful relationship with your mother that we have referred to before'.

During the next period, and before she became elated, she seemed to be seriously dedicated to the premise that if she could now masturbate to an orgasm, she would become well. On questioning, I discovered that she would curl up on the bathroom floor with her back against the door (to assure privacy) and proceed to rub her genitals. There were no accompanying fantasies. I found that she was not clear on what constituted the clitoris, and she asked me to explain about this. I raised the issue that she has no fantasy because the danger exists that a female object might come to her mind, that this was frequently true when she dreamed. She seemed to understand something here, but subsequently reported fantasies about males when attempting to masturbate. She had to admit that the excitement did not mount during the masturbation with these male figures in mind.

Meanwhile another feature of her relationship to women was becoming clear. She could live in relationship to her colored housekeeper as long as certain regressive conditions were in force, namely: 1. if she were the helpless (asexual) infant, and the woman took over the household; 2. if the relationship were oral, where the patient literally had to be fed. This situation was emphasized more strongly in the next period of depression, when for the first time she lived in with her mother in the mother's house*. She reported how her mother tempted her plate with special foods, and if she walked the floor at night the mother would be up with her. During this period she reported a dream in which she is in her mother's house and is reaching up on a cupboard shelf for some wonderful goodies. There were no associations or comments, and my suggestion of a sexual meaning to the dream with an oral content was met with silence. Nevertheless, there may have been a response in that she brought a more clear oral dream, followed by some general associations. 'I was walking on K. Avenue when a dog grabs my arms and coat sleeves in its mouth. The police are indifferent when I ask for help. A woman says the dog was pregnant. I gently removed my arms from her mouth, being especially careful of the mouth. I'm worried about the coat, as it's the only one I have. I feel sorry for the dog lying there very excited'. Her first thought about the dream made reference to what she considers to be the onset of her sickness. 'I was

* In depressed periods, she usually could not abide her mother. In manias, the denial of the problem with her mother sufficed to permit active socialization with her, although her aggression came out by taking valuable things from her.

in conflict about moving away from my mother's house. My husband wanted to move, but if he were called into service we would have to move back to my mother's place. I was determined to get pregnant right away. In the mids of it I suddenly felt tired, had a sore throat that nobody could find a cause for, and was sent down to Florida. I think of the excited dog as myself — we lived with my mother near K. Avenue at the time'. As I discussed certain features of the dream with her, she said: 'I got sick because I can't stand the separations or reunions with my mother. I guess I've never grown up'. I reminded her again that the sickness seems to be connected with an intolerance of excitement toward a woman, that with these last two dreams the mother seems to be the woman concerned, and that the relationship was somehow involved with the mouth. On another occasion the patient recalled that in her deep depressions she has the feeling of a knot in her stomach, and sometimes there is the delusion of somebody being inside. In a subsequent reconstruction involving this material, she was reminded about her naive remark to her mother when the father returned from prison — why does the mother want to sleep with him when she could go on sleeping with the patient? — that the loss of her mother or separation from her in any way is traumatic and leads to a depression. She thought she saw this but could not accept the sexual meaning of losing the mother.

An acting-out in the transference occurred toward the end of this depressed period which relates well to the foregoing. She failed to appear for three consecutive appointments. When she appeared for the next appointment, she first said that she wanted to quit treatment, and then said: 'I realized I was treating you like a mother by not showing up. I wanted you to worry. But you are used to me as a mother who has a messy child. You have to tolerate me'. In the discussion here, it became clear that she was testing me to see whether I, the mother-figure, would accept her no matter what she threw at me. The three days absence repeated the absence before her suicidal attempt, during which time I made no important effort to bring her back into treatment with me. Therefore it was felt by her as a rejection. Her acting-out was testing me with her feces. Early in her treatment she had brought a dream which now also could be explained. In the dream, she is walking to my office accompanied by her husband. He is holding his hand under her dress against her back side, and she defecates into his hand. Her husband has always been a notorious mother-figure, and she has made him tolerate awful indignities throughout their married life. She has to repeat these acts to prove she is accepted in the anal excretion area to undo the old traumatic situation.

It is natural that this excremental treatment of the object was repeated in the transference relationship with the therapist.

After this discussion, she brought the only truly old memory of the entire analysis, which tended to cement the whole issue. Sometime early in infancy she was left with her grandmother while the mother was away. The grandmother had to clean her following a bowel movement and was angry. She literally threw the patient at her mother when the latter arrived. The patient remembers being very upset at the time. She then mentioned that she was constipated all through childhood.

In the following year she had a dream bearing directly on this episode with her grandmother. 'I had gone to the toilet at my grandmother's house. The toilet became clogged with my bowel movement, and it overflowed. I wished that I had just urinated'. She remarked: 'I was an older child in the dream than the time when my grandmother had been angry with me. The dream makes me think that now I can urinate three times in ten minutes. At that time I was constipated'. I suggested that urination as a discharge for excitement got her into less trouble than bowel movements, so that when intolerable excitement comes, it flows out as a symptom of very frequent micturition. She inhibits bowel movements so much that she is constipated. She said that the evening before, her whole genital area felt swollen. She had to get up frequently to urinate. The only way she could get to sleep was by pressing her genitals and body against her husband. When I pointed out that she may have needed other relief, she said she understood but was afraid it would aggravate the urinary symptom.

In the following year (the sixth year of treatment) she had no important depression or elation. She was fairly co-operative for treatment, bringing many dreams and discussing many things she had been unable to mention previously. Her concentration improved, and toward the end of the year she was able to read novels. Following the reading of sexy novel by a young French girl dealing with a young girl's relationship to a much older man, she became so aroused that she masturbated immediately to a climax. That evening she had successful intercourse with her husband*. Within two months she was asking for a termination of treatment. Meanwhile she had taken over many reasonable duties in the home and in the community. Accordingly, she was permitted to end treatment, but only on a trial basis. Three

* There was a weak positive oedipal relationship to her father, her brother, and one of her younger uncles, the material of which has been omitted in order to limit the length of this paper. It might also be stressed that penis-envy and competition with men was a prominent feature throughout the case material.

months later the feeling of depression began to return, and she resumed treatment. Now, however, there was an air of pessimism about ever being completely well, and she could not muster the energy for a strong sustained effort. (The total treatment contact was for eight years.)

Discussion

The commentary will be under two headings: A. the psychodynamics of depression and mania as revealed by the case material herein presented, and B. speculative remarks which add to or alter the prevailing theories on depression and mania.

A. The Psychodynamics of Depression and Mania as Revealed by the Case Material Herein Presented

In general, the case confirms the theory that in the depressed phase an aggression threatens to break out against the mother, who, throughout life, is both a loved and hated object. In the deep phases of depression, an oral regression is invoked to protect the object from this aggression in the manner to be described under B of this discussion. In addition, the patient puts herself in the hands of a neutral mother-figure (her colored maid) and establishes a relationship where it is clear that the patient is helpless in every sense of the word. She is unable to chew solid food or to swallow it, thus forestalling any destructive thoughts or fantasies. In manias, there is a successful denial of this underlying problem, and the patient can do many things.

The case furthermore illustrates with some clarity that a trauma in relation to the mother-figure has occurred of such an extremely painful nature that the patient has had to use a great portion of her life energies to avoid re-experiencing the pain itself. Light is also thrown on the nature of this trauma. There is something that the patient has done, and might do again, which will bring her out of favor with the mother-figure, leading to a painful rejection or a separation. As a result, the patient must control her impulses at many levels of behavior. On the anal level, the rejection is so severe that the patient re-enacts this particular traumatic situation again and again in relation to transference figures in order to prove that she will be tolerated no matter what she does. On a genital level, she must over-control sexual manifestations in order to avoid rejection. Thus, the patient inhibited masturbation to a great degree and even developed an amnesia for a period of masturbation (which she later recalled). The strong positive sexual relationship to the pre-oedipal mother (in fantasy), which is homosexual, is the forbidden content hidden in the urge toward masturbation. It is an intense excitement that requires massive measures for control lest it be the basis for total rejection by the mother. The

mother has also implied that letting it get out of control will earn her complete disgust because it leads to prostitution or even epilepsy.

The other discharge of feeling that needs control is weeping. This tendency is intimately involved with urination in a complex way. In order to preserve one channel for discharge of excitement, the urinary apparatus, a relatively minor displaced kind of 'urination' with the eyes, weeping, falls under an interdict during the sick periods. The urinary excitement is furthermore concealed as a medical disorder worthy of being studied by specialists and is therefore considered 'noble'. The patient came to understand these urinary symptoms as manifestations of sexual excitement directed principally toward mother-figures (homosexual excitement).

One of the prominent defensive measures analyzed was the tendency to 'cut off'. Thus she cut off tears, sexual feeling with her husband, a feeling to masturbate, or a sexual feeling which was beginning to mount when she danced with a young man. Orgasm is feared because it may lead to repetitious need for sexual experience, as in prostitution. Orgasm is also like the dreaded convulsive disorder she had witnessed.

A much used defensive device was to fantasize being completely without sensation or urge, to be without genitals or breasts, and to have no need for eating. Thus a combination of denial and repression is used to cut off the approaches to any instinct manifestation. Denial and repression are certainly prominent in this woman's illness.

The need to be better than men in competition is to make up for her castrated state. Without a penis she will always be supplanted in her mother's affections (and bed) by her brother, father, and uncle 'Schwartz'. There is little doubt that her college degree obtained without undergoing education is a bogus penis. She can claim she has something which her brother never had. Her bowling scores and canasta scores topped her husband's achievements for the same reason. It was always painful to hear about her brother's successes (as a singer), and she actually fostered rifts between brother and mother. There is also material indicating that the abrogation of eating solid food — in addition to meanings mentioned above — is a defense against the wish to bite off the brother's penis.

B. Speculative Remarks Which Add to or Alter the Prevailing Theories on Depression and Mania

Abraham (1924) laid down a basic theoretical structure for depressions and manias with the following prerequisites for such patients: 1. a predisposition at the oral level; 2. a very early narcissistic injury; 3. the occurrence of this trauma or disappointment prior to resolution of the oedipus complex; and 4. a repetition of the disappointment later in

life. In the depression, the object that is the source of the narcissistic trauma is cannibalistically incorporated and anally eliminated. In the mania, the same process of incorporation and elimination occurs, but at an accelerated rate. With the object internalized, as in depressions, the aggression felt toward it is seen (by an observer) as dangerous aggressive thoughts and impulses directed toward the self (the ego).

It was *Freud* (1916) who then made the observation that the reproaches directed against the self were not appropriate, that they could more fittingly be ascribed to the lost object. He further showed that the mind was split into two factions, the attacker, later called the superego, and the object of scorn and abasement, the ego. In the course of these events in the sickness, the individual became more narcissistic, having lost the external object which had attracted much of the libido outward. *Freud* offered a speculation on how a depression might eventuate into a mania. As the depression ends, the demarcation between ego and superego disappears. The energy being consumed by these two agencies of the mind is now freed up and is at the disposal of the ego. *Freud* supposed that the patient felt as though he had abounding energies, which could be expended in the profligate manner characteristic of maniacal patients.

Rado (1928) utilizes the same components of the mental apparatus as participants of the struggle in the depressed person's mind but visualizes a double introjection of the good and the bad mother of early infancy. The good imago is in the superego; the bad, in the ego. The struggle ends with a killing anal act against the bad object, which leaves the field clear for a blissful relationship between the ego and the good object in the superego. *Rado* emphasizes the blissful reunion as best exemplified by the fusion of the infant with the mother's breast. Elation is then related to the full satisfaction after the conflictful state of hunger (depressed period).

Lewin (1950), starting with the common observation that sleep follows oral satisfaction, postulates that the dreamless sleep is really a 'blank dream'; that 'the vision of uniform blankness is a persistent afterimage of the breast. Later in life, this blank picture of the flattened breast, preserved in dreams as a sort of backdrop or projection screen, like its analogue in the cinema, comes to have projected upon it the picture that we call the visual manifest content of the dream'. He then likens the dreams of young children which contain the wish-fulfillment of the narcissistic pleasure ego to mania, which also seems to 'be free of anxiety and any affect other than good spirits'. He then modifies these assumptions about the small child's dream and mania by pointing out that 'in elations, the fantasies, words, and deeds are used mainly for denial, — direct denial of a fact —'. In an extensive

discussion of the defense mechanism of denial, *Lewin* derives how 'a manic's flighty, dispersed attention to the environment fills his consciousness and excludes or crowds into a corner facts or topics that would trouble him or pain him'. Many other students of the manic condition find denial to be a central defense mechanism. *A. Katan* (1934) has written about the central role of denial in two cases of chronic optimism.

In the main, most of the contributors (*Abraham*, 1924; *Deutsch*, 1953; *S. Freud*, 1916; *Gero*, 1953; *Jacobson*, 1953; *Lewin*, 1950, and *Rado*, (1928) to the theory about the mechanisms of mania and depressions agree (with variations) about the major central points: the role of an early trauma, the repetition of the trauma in later life, the ambivalent attitude toward the object that administers the injury, the role of orality in the predisposition and the oral regression in coping with the terrible aggression felt toward the object so that the conflict with the object on an external basis is converted into an internal conflict by oral incorporation (identification), the pathologic changes in the superego so that it becomes abnormally severe with the ego (now identified with the hated object), and the change to a mania where extensive mechanisms of denial are invoked. The extensive oral acquisitiveness seen in mania seems to be a part of a shift in the relationship to the object, where an infant sucking at the breast seems to be the prototypical state.

M. Katan (1953), however, has enough that is different in his theoretical approach so that special mention of his views is required. There is first a major assumption about mania following a depression that it is an attempt at cure of the basic condition (a restitution). He theoretically derives that depression also is a prior step on the road to a cure or restitution. The ego brings this process of cure about by re-instituting the pleasure-pain principle as the governing psychic organization. In the depressed state, suffering is created to serve as a defense against being surprised by an offending object, much as in the traumatic neurosis anxiety is formed in dreams to make up for the lack of preparedness at the time of the injurious event. In the manic state, the pleasure principle attempts to produce pleasures in order to heal the narcissistic wound. In order to maintain his thesis that mania and depressions are attempts at restitution rather than special mechanisms of defense, *Katan* makes sharp distinctions between the mechanisms of neurosis and those in manic-depressive conditions, implying that a mania appearing in a neurosis would be a different mechanism from that encountered in the other condition. Denial, as a mechanism of defense, plays an important role in *Katan's* theoretical discussion. However, he lumps denial with a number of other mechanisms which are

used by the ego to preserve the ongoing process of maniacal cure. (He makes a distinction that these mechanisms are not 'defensive' in the usual analytic sense but rather 'protective'.)

In another part of his paper, using much clinical material as the stepping stones to his conclusions, *Katan* derives the meanings of sucking at the breast and urination in the manic attack. He describes the cycle of sucking at the breast to gain oral satiation (in a person who is orally deprived), and the discharge of urine as an infantile sequence instituted by the ego to create so much pleasure that the pain of the trauma is neutralized, at which point the patient is cured. This process is displaced to the mental life of the patient to produce the typical phenomena of flights of speech, buying sprees, etc *.

The author of this paper is in accord with a number of theoretical points which are widely accepted by investigators in this field; at the same time he is highly persuaded about certain features which receive little or no emphasis by these same investigators. The dynamics of the case material presented above certainly highlight the presence of a trauma at an early age, with repetitions of the injury at different levels of life. The principal object for the trauma is the mother. The case also highlights the internalization of the conflict with the mother-object during the patient's depressed periods and that this ongoing conflict showed itself as aggression emanating from the superego toward the ego. In the depressions there was invariably an absence of the chewing and swallowing of solid foods, whose purpose seemed to be the abrogation of all aggressive destructive attitudes toward an external object *.

With regard to the mania, some of the conclusions of *Abraham*, *Rado*, and *Lewin* which bear on the subject of oral deprivation and oral satiation leading to sleep fit very well with the mechanisms herein presented. *M. Katan's* explanation for the mental meaning of urinary phenomena in relation to the oral symptoms is very acceptable in the material of this case.

However, to this essayist, the most impressive aspect of the entire treatment experience was evidence of a defensive struggle on the part of the ego to avoid the pain of the original traumatic situation between the patient and the mother-figure. Most of the maneuvers in the lifetime neurosis of the patient and the neurotic trials of the treatment

* There is a plentitude of theoretical points dealt with in this comprehensive attempt to cover the problem of mania. The principal tenets of *Katan's* theory have been touched upon above.

** The phenomenon seemed to serve several additional purposes. The hated object — now the ego — would not be nurtured. The object, on another level, was the penis of her brother, which she wanted to possess in order to compete on more even terms for her mother; this wish fell under the superego's interdict.

could be explained by picturing an ego active in defense rather than an ego seeking a cure*. The neurosis seemed to be basically hysterical in type, utilizing the mechanisms of repression and denial. The latter defense seemed to be a keystone for the whole manic sickness.

The speculations about mania and depression which the author referred to at the outset of these discussions can now be presented.

A painful object relationship bounded in rejection, separation, and deprivation is basic to the pathology. The early life is characterized by a number of defensive maneuvers (mainly controlling or suppressing unwanted impulses in the patient) whose aim is to effect a good relationship with the object. With repeated failures of these maneuvers, they must be abandoned from the standpoint of ever becoming effective. (If they were to become effective, further defensive steps would be unnecessary). Increasingly, the bitterness and latent destructive feelings toward the rejection object come to the fore. When this conflict threatens to become an open destructive feeling toward the object, the ego forces a regression of the object relationship to the oral level. The object is incorporated (identified with the ego), and the superego becomes the agency for letting out the destructive feelings toward the hated object (now within the ego). Here, the regression and internalization of the conflict is in the service of a series of denials. What has to be denied is that there is a painful wound inflicted by the object, that there is no hope for a good relationship in the outside world with that object, and that the destructive impulse wants to be acted out toward this hated object (now an internal object identified with the ego). At this point the denial can so overthrow the reality principle — the part that insists upon self-preservation — that the destructive impulse can be acted out toward the self in a suicidal act. This then becomes a psychotic denial in a sense referred to by *Anna Freud* (1936) in 'The Ego and the Mechanisms of Defense'.

In some individuals, the ego may have enough strength to defend itself further by forcing a regression to an even lower level of object relationship. The outward manifestation of this new defensive step is what we know as mania. The inner meaning is that there no longer is a hated object. The relationship is now toward a part of the hated object which had never been in conflict, namely, the breast and the specific function of gaining pleasurable satiation at the breast. The whole manic process is in the service of denial, and the matters to be denied are that

* About the matter of cure or restitution in manic-depressive conditions, this much should be said. There is no cure for bonafide neurosis (including the depressions and manias) unless the patient undergoes a truly therapeutic psychoanalysis which deals with every level of the personality. Otherwise, we can speak only of remissions in the condition, which are subject to relapses back into sickness, given a properly traumatic stimulus.

there is a hated object beyond or attached to the breast, and a painful narcissistic wound involving this object which can be confronted at any moment. Once in a manic defensive position, the ego must work at it night and day, lest the trauma associated with the depressed state comes back into awareness. The manic patient wants to be busy with activities all day long. He is reluctant to go to sleep. While asleep, the ego may be less vigilant, and the painful conflict can break through the manic denial. Thus the manic has dozens of ways to keep busy, all of which have the meaning of draining the breast and thereby staying so close to the breast that the hated object is eclipsed by the orb of the breast* and does not come into view. It is necessary to carry this concept into a further generalization because not all people who get depressed in this way were actually suckled at the breast. The purposes of the denial are also met if the regression takes the patient back, in the simulated fashion of a mania, to the only relatively conflict-free period of life, the early oral period, when the principal satisfactions were taking in nutrients on demand and free release of the excretions (the prototype for getting and spending or the pure pleasure-ego referred to by *M. Katan*). As long as the patient can maintain this level of regression, the mother-object is safe.

If, in the manic patient, there is no break-through into his denials about the basic conflict and there is no repetition of a significant traumatic experience, the ego will in time re-repress the entire conflict, and at this point the very pathologic manifestations of the illness are at an end. The patient is then 'normally' neurotic, as he was before the outbreak of acute adult illness. However, nothing is really changed about the basic problem, and he is vulnerable to another attack if the problem is recatheted by new traumata or some new tax upon the ego occurs so that it becomes weak and correspondingly vulnerable.

After arriving at these theoretical conclusions about the role of denial in depression and mania, a natural extension of the theory suggests itself, namely, that there is an intimate relationship between the mechanisms of denial and repression. Denial seems to be a predecessor to repression whenever repression becomes the final form of defense mechanism in a neurotic formation. The corollary of this theoretical point is that denial must be in force for some while before repression takes over. The latter, being a more comprehensive defense mechanism, dispenses with the need for further denial.

In this regard, it may be of interest to refer to a paper by *Weinstein et al.* (1952). These investigators studied a woman who received electro-

* This concept of the relationship to the breast as an object is not the same as but is not too far removed from Lewin's concept of 'the persistent after image of the breast', in 'The Psychoanalysis of Elation'.

shock treatment for unmanageable (suicidal) behavior in a general hospital. Following the treatment, she had brief periods of good behavior, which were characterized by massive denial of any conflict or any bodily organic pain (the basis of her being in a general hospital). *Weinstein* et al. draw the following inferences: 'In the so-called functional depressions, the action of the electric shock is to initiate the production of a state of altered brain function, in which the patient can deny his problems. Many people by reason of a characterologically determined capacity for denial may ward off a depression for years (*Lewin*). Where some circumstance interferes with the efficiency of this mechanism, the underlying depression emerges. However, in the altered milieu of brain function produced by E. C. T., the denial can again be established... Any agent that produces prolonged alteration in function, of the type described, should be capable of altering a depression in a patient who characterologically solves his problem by denial... It likewise accounts for the fact that in patients who maintain their adjustment by defenses other than denial, i. e. people with hypochondriasis and psychopathic behavior, E. C. T. is not effective. It would also explain why E. C. T. is of no value in giving patients insight into their problems and preventing subsequent episodes'.

A case of cycling depression and mania treated mainly by psychoanalytic psychotherapy in the psychiatrist's office is presented. Much of the previously established theory on the dynamics of this condition was usable in understanding and treating this case. In addition, a speculation was advanced as to the meaning of mania. In this new theory, mania is likened to becoming so completely preoccupied with the psychic substitutes for sucking at the breast (the typical picture of the busy, acquisitive manic) that the presence of the object which is the source of a painful conflict is shut out or denied. The same purpose is served by maintaining a regression at an early oral level where only gratifications and no frustrations occur. If this process of denial is successful for a long enough period, the conflict is re-repressed and a remission occurs.

No pretension is made that the patient was cured by this psychotherapy. However, the long psychotherapeutic relationship offered a good opportunity to study data bearing on the psychodynamics of such a case.

*Beobachtungen zur Dynamik von Depression und Manie:
Die Bedeutung der Verleugnung*

Morris M. Kessler

Für den Autor ist eine qualvolle, mit Abteilung, Trennung und Verlust verbundene frühkindliche Beziehung des Individuums zu seiner

Mutter das theoretische Fundament der Psychogenese der Depression und Manie.

Kesslers theoretisches Konzept basiert auf den bekannten Arbeiten *Abrahams*, *Freuds*, *Rados*, *Katans* und *B. Lewins*, deren psychogenetische und psychodynamische Erkenntnisse er durch die ausführliche Beschreibung der Lebensgeschichte und des Verlaufs einer langjährigen Psychotherapie einer manisch-depressiven Patientin bestätigt.

Der Autor aber ist der Ansicht, daß das allgemein anerkannte Konzept der manisch-depressiven Erkrankung noch einiger wichtiger Ergänzungen bedarf.

Für ihn ist der Abwehrkampf des Ichs, der ein Wiedererleben des Schmerzes, der an die ursprüngliche traumatische Situation gebunden ist, durch den Abwehrmechanismus der Verleugnung verhindern soll, der beeindruckendste Aspekt der gesamten Psychodynamik dieses Krankheitsbildes.

Abraham hat im wesentlichen die theoretische Basis der manisch-depressiven Erkrankung dargelegt. Das Individuum erfährt in sehr frühem Lebensalter, in der präödiptalen Zeit, eine mit schwerer narzißtischer Kränkung verbundene traumatische Situation. Das traumatisierende Objekt ist vornehmlich die Mutter. Das Trauma muß im späteren Leben unter dem Wiederholungszwang wiedererlebt werden. Das kränkende Objekt wird kannibalistisch verschlungen und anal wieder ausgestoßen. Gegen das internalisierte Objekt — somit gegen das eigene Selbst — richtet sich in der Depression die Aggression.

Freud machte die Beobachtung, daß die Vorwürfe gegen das Selbst in der depressiven Phase unverhältnismäßig und maßlos sind, und meinte, daß sie dem kränkenden und verlorenen Objekt gelten. Er folgerte, daß in der depressiven Phase der Geist in zwei Parteien gespalten sei, eine, die als Angreifer fungiert — später des Über-Ich — und eine, die Gegenstand der Verachtung und Demütigung ist, das Ich. Wenn die Depression endet, verschwindet die Trennung von Ich und Über-Ich. Die beim Verlust eines äußeren Objektes ins Ich und Über-Ich zurückgenommene Libido wird nun freigesetzt und steht dem gesamten Ich voll zur Verfügung. Unter dem Überfluß an Energien fühlt sich das Individuum glücklich und zu allem fähig, es zeigt die verschwenderische Lebensart, die den manischen Patienten charakterisiert.

Rado postuliert die Introjektion der ambivalenten Mutter in frühester Kindheit. Das gute Mutterbild ist im Über-Ich, das schlechte im Ich. Der Kampf zwischen Über-Ich und Ich endet mit der analen Tötung des schlechten Objektes zur Zeit der Depression. Danach entsteht ein freies Feld für eine glückselige Beziehung zwischen dem Ich und dem Über-Ich. Diese glückselige Fusion vergleicht *Rado* mit der vollen Befriedigung des Säuglings an der Mutterbrust nach einer konfliktvollen Zeit des

Hungers und setzt diesen Zustand mit der gehobenen Stimmung des Manikers gleich.

Lewin vergleicht die Träume von Kleinkindern, die die Wunscherfüllung eines narzißtischen Vergnügens entdecken, mit den manischen Zuständen, die frei zu sein scheinen von Angst und jeglichem unguuten Gefühl. *Lewin* betont den Abwehrmechanismus der Verleugnung, den der manische Patient zur Erreichung seines Glückszustandes benutzt.

Katan schließlich meint, daß die Manie, die einer Depression folgt, einen Heilungsversuch des ursprünglichen Traumas darstellt. Das Ich benutzt den depressiven Zustand, um nicht bei einer traumatischen Kränkung durch das Objekt unvorbereitet zu sein. In der manischen Phase erlebt der Patient viel narzißtische Befriedigung mit der Absicht, die narzißtische Wunde zu heilen. *Katan* schreibt dem Abwehrmechanismus Verleugnung große Bedeutung zu, glaubt aber, daß gerade in der manisch-depressiven Erkrankung die Verleugnung vornehmlich ein Restitutionsmechanismus ist.

Nach *Kessler* droht während der depressiven Phase destruktive Aggression, die gegen die ambivalent gehaßte und geliebte Mutter durchbricht. In der tiefen Depression regrediert der Patient auf die orale Ebene, um das Mutter-Objekt vor der zerstörerischen Aggression zu schützen. Zerstörung würde Verlust bedeuten. Während der manischen Phase verleugnet das Ich erfolgreich den internalisierten Konflikt mit der Mutter und die Patientin kann dann alles tun und fühlt sich überaus wohl.

Sehr klar wird in dieser Fallgeschichte gezeigt, daß das Trauma, das zur manisch-depressiven Erkrankung führt, in der Beziehung zur Mutterfigur stattgefunden hat, und daß die Patientin den größten Teil ihrer Lebensenergie dazu verwandt hat, ein Wiedererleben des Traumas zu vermeiden.

Beleuchtet wird auch das Wesen des Traumas: die Patientin glaubt, irgendetwas getan zu haben oder auch etwas tun zu können, was sie der Zuneigung der Mutterfigur beraubt und das eine Zurückweisung oder Trennung zur Folge hat. Die Patientin muß deshalb ihr Verhalten auf vielen Ebenen kontrollieren, was zu manchmal unverständlichen Verhaltensweisen führt.

Als Kardinalabwehrmechanismus betont der Autor die Dominanz der Verdrängung als neurotischen Abwehrmechanismus und vor allem die Verleugnung als psychotischen Abwehrmechanismus. Ziel der Abwehr ist die Vermeidung von gegen das Mutterobjekt gerichteter destruktiver Aggression, um die gute Beziehung nicht zu gefährden. Werden die aggressiven Gefühle übermächtig, so kommt es zur Regression auf die orale Stufe. Das das Trauma wiederholende äußere Objekt wird inkorporiert (identifiziert mit dem Ich) und die Gefühle richten sich nunmehr gegen das gehaßte Objekt im Ich selbst. Es wird verleugnet, daß

das äußere Objekt eine schmerzvolle Wunde zufügt, und daß eine gute Beziehung zu diesem Objekt, im weiteren Sinne zur Umwelt, nicht möglich ist. Die Verleugnung kann das Realitätsprinzip derart überfluten, daß der destruktive Impuls als Selbstmord gegen das eigene Selbst ausagiert wird. Dann handelt es sich um eine psychotische Verleugnung.

Bei manchen dieser Patienten gelingt es, dank größerer Ich-Stärke, bei gleichtiefer Regression auf die orale Stufe, den gehaßten Anteil des internalisierten Mutterobjektes zu verleugnen. Die Beziehung besteht dann nur noch zu dem geliebten Teil des Objektes, das Objekt ist nun nur noch „gute Brust“, das Geborgenheit und Befriedigung gibt. Der gesamte manische Prozeß steht im Dienst der Verleugnung.

Dieser Zustand kann jedoch nur dann aufrechterhalten werden, wenn das Ich tagein tagaus daran arbeitet, diesen Abwehrmechanismus aufrechtzuerhalten. Der manische Patient ist deshalb unaufhörlich in Bewegung, ruhe- und schlaflos, darf nicht schweigen usw. Kommt es beim manischen Patienten nicht zu einem abrupten Zusammenbruch der Verleugnung des zugrundeliegenden Konfliktes und gibt es auch keine spezifische von außen kommende traumatische Erfahrung zu dieser Zeit, so ist die narzißtische Wunde so weit verheilt, daß das Ich stark genug ist, den Grundkonflikt wieder zu verdrängen; die schweren Manifestationen dieser Erkrankung finden vorübergehend ein Ende. Der Patient erscheint „normal“ neurotisch.

Dennoch hat sich an dem zugrundeliegenden Konflikt nichts geändert und der Patient ist gegenüber jedem erneuten Angriff verletzbar, wenn dieser die ursprüngliche traumatische Situation beinhaltet, oder aber das Ich wird durch eine neue Inanspruchnahme belastet, so daß es geschwächt und entsprechend verletzbar ist.

Literature

- Abraham, K.* (1942): Selected Papers on Psychoanalysis (London: Hogarth Press)
- Deutsch, H.* (1933): Zur Psychologie der manisch-depressiven Zustände, insbesondere der chronischen Hypomanie. In: *Int. Z. Psychoanal.* (19) (quoted by Lewin)
- Freud, A.* (1936): Das Ich und die Abwehrmechanismen (London: Imago) Engl. Ausg.: *The Ego and the Mechanisms of Defense* (London: Hogarth Press, 1937)
- Freud, S.* (1916): Trauer und Melancholie. *Ges. W., Bd. X* (London: Imago)
- Gero, G.* (1953): An Equivalent of Depression: Anorexia. In: Greenacre, Ph. (Ed.): *Affective Disorders* (New York: Int. Univ. Press)
- Jacobson, E.* (1953): Contribution to the Metapsychology of Cyclothymic Depression. In: Greenacre, Ph. (Ed.): *Affective Disorders*. aaO.
- Katan, A.* (1934): Einige Bemerkungen über den Optimismus. In: *Int. Z. Psychoanal.* (20)
- Katan, M.* (1953): Mania and the Pleasure Principle: Primary and Secondary Symptoms. In: Greenacre, Ph. (Ed.): *Affective Disorders*. aaO.
- Lewin, B.* (1950): *The Psychoanalysis of Elation* (New York: Norton)
- Rado, S.* (1928): The Problem of Melancholia. In: *Int. J. Psychoanal.* (9)
- Weinstein, E. A.; Linn, L.; Kahn, R. L.* (1952): Psychosis during Electroshock Therapy: Its Relation to Theory of Shock Therapy. In: *Am. J. Psychiat.* (109) 22—26

Author's address:

Morris M. Kessler, M.D.
309 University East Building
11 328 Euclid Avenue
Cleveland, Ohio 44 106
U. S. A.

Der Seelsorger im psychiatrischen Team

Dietrich Stollberg*

Während der Seelsorger von manchen Psychiatern als Fachmann für die religiösen Wahnvorstellungen der Patienten angesehen wird, betrachten ihn andere als für den Komfort der Klienten notwendigen, therapeutisch aber irrelevanten Luxus in Klinik und Gesellschaft. Der Verfasser hält diese Ansichten nicht für zutreffend, obwohl sie durch das Erscheinungsbild konventioneller Klinikseelsorge bestätigt zu werden scheinen. Die Klinische Seelsorgeausbildung (Clinical Pastoral Training) versucht im Rahmen eines ganzheitlichen Therapiekonzepts Rolle und Funktionen des Seelsorgers als integrativen Bestandteil effektiver Psychosentherapie zu interpretieren. Die Seelsorger müssen dafür auf empirischer Grundlage ausgebildet werden. In Deutschland arbeiten zur Zeit vier Zentren für Klinische Seelsorgeausbildung (Bethel, Dortmund-Aplerbeck, Frankfurt/M., Hannover), deren größtem in Bielefeld-Bethel der folgende Aufsatz entstammt.

Günter Ammon (1972) hat auf die katastrophale Lage der psychisch Kranken in der Bundesrepublik und in Westberlin nachdrücklich hingewiesen. Er fordert in diesem Zusammenhang eine wirksame Milieuthherapie, welche von der Anstaltspsychiatrie nicht nur nicht behindert, sondern gefördert wird: „Die gesamte Klinik wird danach als ein therapeutisches Instrument organisiert und eingesetzt. Sie bildet als ganze ein therapeutisches Milieu, das sich mit dem Patienten in seiner körperlichen, psychischen und sozialen Ganzheit auseinandersetzt. Es ist selbstverständlich, daß ein solches Behandlungsprogramm das gesamte Team der psychiatrischen Klinik hilfstherapeutisch mit einbezieht.“ Nach den Vorstellungen der Klinischen Seelsorgeausbildung (Clinical Pastoral Training, vgl. *Stollberg*, 1972 a, b, c; *Faber*, 1965; *Becher*, 1972; *Zijlstra*, 1972) gehört zu diesem Team auch der Anstaltspfarrer. Das setzt voraus, daß er entsprechend ausgebildet und in der Lage ist, mit den übrigen Angehörigen der heilenden Gemeinschaft zu kooperieren; es hat andererseits aber auch die Bereitschaft zur Zusammenarbeit von seiten der Ärzte, des Pflegepersonals und anderer Mitarbeiter zur Bedingung.

Wo einem Anstaltspfarrer ein Seelsorgebereich von zweitausend Betten zugeteilt ist, wo andererseits die Therapie als rein medikamentöse Beeinflussung verstanden wird, erscheint die Zusammenarbeit von vornherein als illusorisch, es sei denn, der somatisch orientierte Mediziner betrachte — wie es gelegentlich zu hören ist — den Seelsorger als Fachmann für seine an religiösen Wahnvorstellungen leidenden Patienten — eine Rolle, die wir nicht für angemessen halten. Wo jedoch im Sinne einer dynamischen Psychiatrie (*Ammon*, 1973) Biographie und Äußerungen

* o. Prof. an der kirchlichen Hochschule Bethel, Psychoanalytiker

der sozialen Kommunikation hic et nunc, z. B. zwischen Patient und Seelsorger, in das Krankheitsverständnis wie in das Therapiekonzept einbezogen werden, ist es keineswegs ohne Belang, was zwischen dem Patienten und dem Pfarrer vor sich geht. Es steht zu vermuten, daß konventionelle, fundamentalistische und repressiv moralistische Seelsorge durchaus an der Stabilisierung des pathologischen Zustands beteiligt ist. Umgekehrt zeigen die Erfahrungen der Klinischen Seelsorgeausbildung mannigfache konstruktive Möglichkeiten der Zusammenarbeit zwischen Arzt und Seelsorger im therapeutischen Team der psychiatrischen Anstalt. Am Zentrum für Klinische Seelsorgeausbildung Bethel, das seit 1972 arbeitet (vgl. *Stollberg*, 1972 c, d), wurden Fälle bekannt, in welchen durch die Arbeit des Seelsorgers das medizinische Therapiekonzept völlig umgestellt und für hoffnungslos gehaltene Patienten nach mehreren Wochen geheilt entlassen werden konnten. (Allerdings handelte es sich im Falle der Entlassung nicht um Psychotiker, sondern um Patienten der internistischen Station eines Akutkrankenhauses; die Umstellung des Therapiekonzepts kam jedoch auch in der Psychiatrie vor, Verhaltensänderungen durch den Einfluß des Pfarrers werden oft beobachtet).

Wie sieht nun der Beitrag eines zeitgerecht arbeitenden Seelsorgers aus? Am Zentrum für Klinische Seelsorgeausbildung Bethel unterscheidet man zwischen Seelsorge-Supervisoren (Chaplain supervisors) und Seelsorge-Studenten. Die Supervisoren, die eine Spezialausbildung — vorwiegend in den USA — durchlaufen haben, sind als Klinikpfarrer in den *von Bodelschwingschen* Anstalten tätig, die Studenten — Theologen höherer Semester vor dem ersten Examen, aber auch erfahrene Praktiker, die eine Zusatzausbildung anstreben — werden für die dreimonatige Kursdauer als Stellvertreter des hauptamtlichen Seelsorgers auf einer Krankenstation eingesetzt. Jeder der Supervisoren hat ca. 120 Patienten auf neurologischen und psychiatrischen Abteilungen zu betreuen, führt allwöchentlich zahlreiche und regelmäßige Einzelgespräche, leitet Gruppensitzungen mit Patienten und Teammitgliedern, führt Rollenspiele und andere verbale und nonverbale Kommunikationsübungen durch und hält die je nach der Situation und Tradition der Klinik und ihrer Kranken variierenden Gottesdienste. Er ist ständiges Mitglied des therapeutischen Teams, nimmt an Visiten teil und hat Zugang zu den Krankengeschichten. Während der Kurse des Zentrums leiten die Supervisoren die täglich stattfindenden Gruppensitzungen der Kursteilnehmer und begleiten deren Arbeit außerdem durch Einzelgespräche. Einem Teil der Supervisionssitzungen liegen Protokolle zugrunde, welche die Studenten über ihre Tätigkeit auf den Stationen anfertigen; wörtliche Gesprächsaufzeichnungen (Verbatims) haben Vorrang. Auch die Supervisoren selbst protokollieren ihre Arbeit mit Studenten und Patienten; sie bearbeiten ihre Erfahrungen im sogenannten Supervisorenkolloquium.

Im Rahmen dieser spezifischen Situation lassen sich nun mindestens fünf Funktionen des Klinikseelsorgers beobachten, die er für die therapeutische Gemeinschaft wahrnimmt: 1. die diagnostische, 2. die therapeutische, 3. die sozialhygienisch-kommunikative, 4. die integrative, 5. die theologisch-interpretative Funktion. Ein durch die klinische Seelsorgeausbildung gegangener Pfarrer wird diese Funktionen auch in anderen Settings der psychiatrischen Anstaltsarbeit ausüben können.

1. Hier ist natürlich nicht gemeint, daß künftig Pfarrer statt der Ärzte die Diagnose stellen sollten. Es geht vielmehr um die Möglichkeit einer Erweiterung der gesamt-diagnostischen Möglichkeiten des therapeutischen Teams durch diagnostische Auswertung der Wahrnehmungen aller Mitglieder. So werden die Beobachtungen des Seelsorgers, die dieser während seines regelmäßigen Kontaktes mit den Patienten im Verlaufe von Wochen und Monaten sammelt, für die Diagnose ebenso relevant wie seine Gesprächs- und Verlaufspunkte (Verbatims und Process notes). Dies kann allerdings nur dort sinnvoll geschehen, wo die Ärzte bereit sind, die Erstdiagnose zu revidieren. Solche Revisionen haben sich durch den Beitrag der Seelsorger häufiger als vermutet für notwendig erwiesen. Von einigen Ärzten werden besonders die Beobachtungen der noch ziemlich unbefangenen Kursteilnehmer, welche die Station nur während dreier Monate seelsorglich betreuen, geschätzt.

Daß es auch Psychiater gibt, die jegliche Gesprächsführung der Pfarrer, welche von dem Image des die Bibel zitierenden und Traktätchen verteilenden Bet-Onkels abweicht, als Übergriff auf medizinisches Terrain betrachten, sei nicht verschwiegen. Hierbei handelt es sich um konservativ-hierarchisch eingestellte Ärzte, deren Vorstellungen von therapeutischer Kompetenz streng dualistisch orientiert sind (dem Arzt den Leib, dem Pfarrer die Seele), um einen totalitären Machtanspruch zu verschleiern (denn die „Seele“ wird als für die Gesundheit irrelevant, die Tätigkeit des „Geistlichen“ als harmloser Luxus im Rahmen des bei vielen Patienten übersteigert auftretenden religiösen Wahnsystems betrachtet). Seelsorger, die in ihren Gesprächen relevante Konfliktbearbeitung mit den Klienten betreiben, werden von solchen somatisch orientierten Ärzten jedoch seltsamerweise als Bedrohung empfunden, obwohl sie selbst gar nicht die Zeit aufbringen können, solche Gespräche mit den Patienten zu führen. In dem von *Günter Ammon* (1973) vertretenen Konzept ganzheitlicher Therapie jedoch läßt sich die Gruppe des therapeutischen Teams, ja die therapeutische Gemeinschaft inklusive der Patienten als ein soziales System verstehen, in dem jeder Partizipant Funktionen übernehmen kann, die zur Heilung des Ganzen dienen — der Ganzheit einzelner Patienten wie der Ganzheit der Gemeinschaft.

Die diagnostische Hilfsfunktion des Seelsorgers beruht auf seiner Fähigkeit und Möglichkeit des — wie auch immer technisch strukturieren — Zuhörens. Gerade die im Kontaktbereich gestörten Psychotiker

bedürfen kontinuierlicher Bemühung um Kommunikation auf verbaler und nichtverbaler Ebene. Dabei wird ein moderner Seelsorger der Rollenerwartung, daß mit ihm geführte Gespräche „religiösen“ Inhalts sein müßten, nur sehr bedingt entsprechen, weil er die Trennung von sakralem und profanem Lebensbereich im psychoanalytischen Sinne als Widerstand, im theologischen Sinne als Dualismus (Reich Gottes — Welt), im anthropologischen Sinne als allen Erkenntnissen der Psychosomatik widersprechenden Positivismus versteht. Der Seelsorger wird sich religiösen Gesprächsinhalten nicht verweigern, aber er wird sie auf Aussagen über die Situation des Patienten „abhörchen“, wie er umgekehrt auch „medizinische“ Inhalte von Patientenaussagen (etwa Klagen über Körperbeschwerden, aber auch Wahnideen aller Art) auf eventuelle indirekte Aussagen über die „geistliche“ Dimension letzter Sinnerfahrung bzw. des Verlustes von letztgültiger Sinnggebung (*Tillichs* „ultimate concern“, *Boisens* „ultimate loyalties“) hin innerlich befragen wird. Dabei kommt der Rolle des Seelsorgers, die ihm als Repräsentanten einer letztgültigen Instanz und Wertsetzung in kollektiven wie individuellen psychischen Systemen unserer Gesellschaft nach wie vor zugestanden wird, eine wichtige Funktion zu. Je nach der individuellen Ausformung der Rollenerwartung der Patienten und je nach dem Umgang mit der Realität des konkreten Seelsorgers ergeben sich diagnostische Hinweise. Die Beziehung zwischen Seelsorger und Patient ist selbst ein diagnostisches Instrument. Andererseits kann der Seelsorger dem Arzt wertvolle Hinweise über die Kommunikation der Patienten untereinander geben.

2. Die therapeutische Funktion des Seelsorgers kommt in der Regelmäßigkeit und Kontinuität der Kommunikation mit den Patienten zum Tragen. Gerade in noch immer vorwiegend somatisch orientierten psychiatrischen Anstalten ist die Bedeutung intensiver Gesprächsführung durch den Seelsorger nicht zu unterschätzen. Aber auch in nach Gesichtspunkten der dynamischen Psychiatrie arbeitenden therapeutischen Gemeinschaften erfüllt das vertrauensvolle seelsorgliche Gespräch wichtige Aufgaben. Wo die Regression so weit fortgeschritten ist, daß die Patienten verbaler Kommunikation zunächst unzugänglich scheinen, stehen dem Seelsorger nichtverbale Kommunikationsformen zur Verfügung. Außerdem arbeitet er zunehmend auch mit Gruppenmethoden (vgl. *Ammon* 1971/1972; *Stollberg*, 1972 d). Ein erheblicher Aufwand an Zeit, Geduld, Zuwendung, aber auch die Fähigkeit des Seelsorgers, sich gegenüber Bemächtigungstendenzen der Patienten entschieden abzugrenzen, ohne jedoch die helfende Beziehung zu gefährden und ohne den Patienten in die Isolierung zurückzustoßen, sind nötig, um die Seelsorge an Psychotikern sinnvoll zu gestalten. Hierbei gilt es, sich mit Empathie auf die oft grotesk wirkende Erlebniswelt der Patienten einzulassen, den Stellenwert der Gespräche und Gesprächsinhalte im Rahmen der seelsorglichen Beziehung herauszufinden und je nach Stand der Beziehung und

der Verarbeitungsfähigkeit des Patienten mit diesem zu besprechen. Die religiöse Thematik dient dabei den Kranken häufig nur als Einstieg in die zwischenmenschliche Beziehung zum Seelsorger gemäß der gesellschaftlich sanktionierten Rollenerwartung: Mit dem Pastor muß man fromme Gespräche führen. Erweist er sich als kompetent, tolerant und feinfühlig, wagt man es sehr bald, das, was einen eigentlich betrifft, etwa die Sexualität in der Situation einer geschlossenen Abteilung für psychotische Männer, zur Sprache zu bringen.

Die therapeutische Funktion des Seelsorgers läßt sich im einzelnen mannigfach differenzieren. Genannt seien hier stellvertretend für viele Aspekte der kathartische Entlastungseffekt, ferner der Ich-Stärkungseffekt durch den Aufbau einer Vertrauensbeziehung, durch die Realität, Außenkontakt und Bearbeitung regressiver Tendenzen ermöglicht werden, wo der geschulte Seelsorger nicht im Sinne des Patienten agiert und „nein“ sagen kann, dann der Effekt einer behutsamen Korrektur von oft zu beobachtendem extremen Über-Ich-Druck, der eventuell religiös rationalisiert ist und wie andere intrapsychische Dynamismen auf den Pfarrer als Elternfigur projiziert wird. Indem intrapsychische Konflikte in die Seelsorgebeziehung projiziert und in ihr agiert werden, werden sie zugleich im Sinne einer Arbeit mit Übertragung und Widerstand im sozialen Feld zugänglich und bearbeitbar. Dabei ist noch nicht erforderlich, daß der Pfarrer eine psychoanalytische Therapie mit seinen Klienten beginne, sondern es genügt, wenn er die Beziehung aufmerksam und geschult reflektiert und in den ständigen Kommunikationsprozeß des gesamten Teams einbringt.

3. Unter sozialhygienisch-kommunikativer Funktion des Seelsorgers verstehen wir die Möglichkeit, daß der Seelsorger als Sprachrohr zwischen Patienten und Mitarbeitern einerseits, zwischen Patienten und früherer Außenwelt (Familie, Freunde, Kollegen o. ä.) andererseits wirksam wird. Dies ist nicht immer und generell seine Aufgabe, zumal der Seelsorger sich nicht als „Laufbursche“ ausbeuten lassen kann, aber in Einzelfällen erscheint es als therapeutische Maßnahme indiziert, ausgefallene Ich-Funktionen des eventuell stark regredierten Patienten zeitweilig zu übernehmen und so z. B. dessen Kontakt mit der Außenwelt stellvertretend für ihn aufrecht zu erhalten: einen Brief für ihn an die Eltern zu schreiben, die Freundin anzurufen oder ein Weihnachtspäckchen für ihn zu packen und abzuschicken. Solche und ähnliche Maßnahmen werden jedoch nicht ohne Wissen und, wenn irgendmöglich, unter größtmöglicher Beteiligung des Klienten, ja meist nur auf Impulse hin, die von ihm selbst ausgehen, unternommen. Nicht selten kommt es auch vor, daß der Patient nur mit dem Beistand des Seelsorgers ein Anliegen seinem Arzt vorzutragen wagt, oder daß umgekehrt die Kommunikation von einzelnen Mitarbeitern, die der Patient fürchtet oder haßt, zum Patienten, jedenfalls zunächst, über den Seelsorger läuft.

Bleibt noch anzumerken, daß der Pfarrer häufig am besten in der Lage ist, als Katalysator besserer Kommunikation der Patienten untereinander zu fungieren, weil er zu jedem einzelnen von ihnen ein Vertrauensverhältnis hat; wiederum kommt den Gruppenmethoden im Wechsel mit dem Einzelgespräch große Bedeutung zu. (Daß es sich um nach klinischen Gesichtspunkten zusätzlich ausgebildete Seelsorger handelt, wurde bereits eingangs betont.)

4. Wir konstatieren des weiteren eine integrative Funktion des Seelsorgers für die therapeutische Gemeinschaft insgesamt. Er ist der einzige Mitarbeiter, der sich weder einseitig zur Gruppe der Therapeuten und Pfleger gehörig noch — ebenso einseitig — ausschließlich als Anwalt und Parteigänger der Patienten versteht. Er versucht vielmehr, seine Rolle als „Mittler“ therapeutisch zu konkretisieren. Gewiß wird er niemals aus dem Auge lassen dürfen, daß eine psychiatrische Anstalt für die Patienten und nicht für die Therapeuten da ist, aber ihm steht die Ganzheit der therapeutischen Gemeinschaft als Aufgabe vor Augen. So ist er zwar intensiver Gesprächspartner der Patienten und gleichzeitig anerkanntes Mitglied des therapeutischen Teams, aber er ist — anders als z. B. eine Stationschwester — nicht Erfüllungsgehilfe des Arztes (etwa wenn es gilt, einen tobenden Patienten festzuhalten, um ihm eine Spritze zu geben — einen Patienten, der im Gespräch mit dem Pastor vor Eintreten des Arztes völlig ruhig gewesen war). Sitzt der Seelsorger mit diesem Selbstverständnis nicht zwischen allen Stühlen? Ja und nein! Ja, insofern er tatsächlich versuchen muß, unparteiisch auf beide „Seiten“ der therapeutischen Gemeinschaft zu hören und für beide als Gesprächspartner zur Verfügung zu stehen. Nein, insofern der Seelsorger seine Identität und seinen Rückhalt durch die Gruppe von Fachkollegen findet, in welcher er seine Erfahrungen austauschen, Fälle besprechen und mitmenschliche Solidarität aufgrund der gleichen beruflichen Situation finden kann. In Bethel ist diese „dritte Gruppe“ identisch mit dem Kolloquium für die Supervisoren, mit der täglich zusammentretenden sogenannten Stammgruppe (Selbsterfahrungs- bzw. Balintgruppe, vgl. *Stollberg*, 1972 c) für die Kursteilnehmer (s. o.). Wo keine klinische Seelsorgeausbildung durchgeführt wird, müssen regionale Arbeitsgruppen von Anstaltspfarrern diese Funktion einer „dritten Gruppe“ übernehmen. Je mehr das starre Gegenüber von therapeutischem Team und Patienten einer dynamischen Konzeption der therapeutischen Gemeinschaft weicht, desto geringer dürften auch die Schwierigkeiten sein, die für den Seelsorger im psychiatrischen Krankenhaus auftreten können. Denn diese Zwischenposition impliziert nicht nur Probleme für den Pfarrer, sie birgt auch Gefahren für die Patienten und das Therapiekonzept: So könnte ein einzelner Seelsorger sehr leicht in Gefahr geraten, als Zwischenträger zwischen Patient und Arzt zu fungieren und den Kontakt zu behindern, anstatt zu fördern, gerade wenn er sich auch als Kommuni-

kationskatalysator (s. Pkt. 3) versteht. Im Interesse seiner eigenen Zugehörigkeitswünsche wäre er versucht, sich entweder mit Patienten oder mit Ärzten, Pflegepersonal u. ä. zu solidarisieren, ohne es zu merken. Die „dritte Gruppe“, in der seine Arbeit im Kreise von Fachkollegen, die ihn akzeptieren, kritisch reflektiert wird, verhütet solche Gefahren. Außerdem ist es wichtig, daß zwischen Seelsorger und Patienten einerseits, Seelsorger und therapeutischem Team andererseits ein klarer Kontrakt ausgearbeitet — und das heißt: im Gespräch abgeklärt, nicht von Behörden aufoktroiert — wird. Schweigepflicht und Erweiterung des Berufsgeheimnisses auf Angehörige des ganzen Teams sind in diesem Zusammenhang von den Partnern ausführlich zu erörtern. Auch für die Protokolle ist das Einverständnis der Patienten einzuholen, nachdem sie über Sinn und Zweck solcher Niederschriften aufgeklärt wurden.

5. Unter theologisch-interpretativer Funktion verstehen wir jene Tätigkeit des Seelsorgers, durch welche er Gesprächsinhalte und zwischenmenschliche Prozesse *deutend* in das Sinnganze des Glaubens einordnet. Dies geschieht nicht auf dem Wege einer dogmatischen Predigt für den einzelnen oder die Gruppe, sondern vollzieht sich im Prozeß einer kontinuierlichen interpersonalen Beziehung, in welcher im Laufe der Zeit sich Anzeichen einer gemeinsamen Basis auch in der „Sinndimension“ einstellen. Es ist nach unserer Konzeption durchaus möglich, daß ein katholischer Theologe für einen protestantischen Patienten seelsorgliche Funktionen wahrnimmt oder ein jüdischer Seelsorger einen Christen betreut. Denn es geht nicht um die Vermittlung theologisch richtiger Dogmen, sondern um die gemeinsame Erarbeitung eines übergeordneten Sinngefüges, das es gerade diesem Patienten bzw. dieser therapeutischen Gemeinschaft ermöglicht, jenes „geistige Band“ (*Goethe*) wiederzufinden, welches gerade bei Psychosen oftmals verloren zu sein scheint und das dem „zerstückelten“ Bewußtsein wieder Kontinuität und Zusammenhang verleiht. Daß dabei der Bezug zur religiösen Tradition der jeweiligen Kranken eine entscheidende Rolle spielt, ist selbstverständlich. Der Seelsorger muß daher theologisch ausgebildet sein und womöglich über Kenntnisse aus der vergleichenden Religionswissenschaft verfügen.

Die „dritte Gruppe“ bedarf noch einiger Erläuterungen. Vor allem gilt es, einem Mißverständnis zu wehren: Diese „dritte Gruppe“ soll nicht so verstanden werden, als halte sich der Seelsorger mit ihrer Hilfe aus jeglichem echten Engagement im therapeutischen Team heraus und verweigere die echte Integration oder Kooperation mit Ärzten, Pflegern usw. Im Gegenteil: Indem der Seelsorger als Pfarrer diesem Team angehört wie der Therapeut als Arzt, die Schwester als Spezialistin für Krankenpflege, nimmt er komplementäre Funktionen aus seiner spezifischen Perspektive im therapeutischen Team wahr. Die „dritte Gruppe“ soll seine berufliche Identität und Spezifität stärken, wie auch alle anderen Teammitglieder jeweils ihre berufsspezifische Perspektive nur dann

kompetent einbringen können, wenn sie sich als Ärzte oder Schwestern ständig weiterbilden und untereinander kritische Solidarität pflegen — etwa durch allwöchentliche gemeinsame Ärztefortbildung oder ähnliches. Weder Nivellierung der beruflichen Identität noch Abgrenzung, oder gar hierarchisch-wertende Abstufung der einzelnen professionellen Perspektiven können einer ganzheitlich-humanitären Medizin dienlich sein. Spezialisierung ist heute unabdingbar. Sinnvoll wird sie jedoch nur dann, wenn Spezialisten kooperieren — und zwar nicht nach dem hierarchischen Schema monopolisierter ärztlicher Verantwortung, welche alle anderen zu „Hilfspersonal“ degradiert, der aktiven Mitverantwortung und Mitgestaltung der Therapie enthebt und letztlich demoralisiert, sondern nach dem Modell geteilter Führung („shared leadership“), das freilich nur unter extrem hartem Einsatz an Kraft und Zeit erkämpft werden kann: Monopolstellungen werden selten freiwillig geräumt.

Indem die Mitglieder des therapeutischen Teams zugleich als Repräsentanten ihrer jeweiligen „dritten Gruppe“ (die wiederum eine repräsentierende Konkretion ihrer Berufsgruppe darstellt) handeln, werden die intergruppalen Beziehungen ebenso wie die intragrupalen Relationen zu einem sensiblen und dynamischen System von Induktions- und Spiegelungsphänomenen, dessen regelmäßige Analyse zugleich eine Analyse der therapeutischen Situation dieser Klinik ergibt. Wird sowohl die Situation im therapeutischen Team mit den verschiedenen Spezialisten als auch die Situation in den jeweiligen „dritten Gruppen“ regelmäßig analysiert, so haben die Beteiligten ein wertvolles diagnostisches Instrument für den derzeitigen Stand ihrer Kooperation, aber auch für den Zustand der Klinik und der jeweiligen Berufsgruppe zur Verfügung.

Wie jedes Mitglied des therapeutischen Teams partizipiert auch der Seelsorger an den verschiedensten Gruppen der Gesellschaft, angefangen von seiner eigenen Familie bis hin zu der Großgruppe Kirche und der Großgruppe Psychiatrie. Seine Identität ist also aus den verschiedensten Zugehörigkeiten zusammengesetzt. Seine Zugehörigkeit zum psychiatrischen Team und zur „dritten Gruppe“ seines Berufsstandes stellt nur einen Ausschnitt aus dem Gesamtkomplex vielfältiger und sich mannigfaltig überschneidender Zugehörigkeiten dar. Das bedeutet, daß alle Interaktions- und Latenzanalysen in diesen beiden Gruppen von vornherein auf Vollständigkeit verzichten müssen. Sie sind nur insofern von Interesse, als sie die Kooperation fördern und Behinderungen überwinden helfen. Die psychoanalytische Arbeit in der „dritten Gruppe“ wie im therapeutischen Team wird die Spiegelungsphänomene auf Grund der Übertragungssituation des Hic-et-Nunc niemals bis in letzte Tiefen hinein ausloten können. Biographische Einfälle haben daher nur insofern ihren Platz im Prozeß der Gruppenanalyse, als sie auf die Situation hier und jetzt bezogen und gedeutet werden können. Sowohl im therapeutischen Team als auch in der „dritten Gruppe“ wird es im wesent-

lichen darum gehen, den jeweiligen spezifischen Beitrag eines Gruppenmitglieds zur Geltung zu bringen und allen Anwesenden zu helfen, Unterschiede und Differenzen aus- und ertragen zu lernen. Nur so kann jene Spannung entstehen, welche die lebensnotwendige Energie für die Gruppe liefert. Die „dritte Gruppe“ hat also in erster Linie den Sinn, dem Pfarrer seinen spezifischen Beitrag im therapeutischen Team zu ermöglichen. Wo sie ihm dazu diente, sich aus der echten Kommunikation im therapeutischen Team herauszuhalten und die Flucht zu Berufskollegen anzutreten, verfehlte sie ihr Ziel. Die „dritte Gruppe“ dient dazu, daß der Pfarrer im therapeutischen Team nicht vergißt, daß er weder Arzt noch Psychologe, sondern eben Seelsorger zu sein hat und diesen Unterschied niemals aus dem Auge läßt. Sie hilft ihm dabei, seine berufsspezifische Identität mit der nötigen Ich-Stärke auch gegenüber unangemessenen Rollenerwartungen von Ärzten, Pflegepersonal und anderen Mitarbeitern durchzuhalten.

Zusammenfassung

Der Seelsorger kann in der therapeutischen Gemeinschaft wichtige Funktionen übernehmen, wenn er entsprechend ausgebildet und in der Lage ist, allen Beteiligten ein aufgeschlossener Gesprächspartner zu sein. Konventionelle Rollenerwartungen muß er gelegentlich frustrieren. Als Partner intensiver Gespräche und Teilhaber an den innersten Konflikten der Patienten, aber u. U. auch der Angehörigen des therapeutischen Teams bedarf er einer „dritten Gruppe“, in der er seine berufliche Identität finden und seine Erfahrungen kritisch reflektieren kann. Der Anstaltsseelsorger ist keineswegs als Spezialist für „religiöse“ Gesprächs- und Vorstellungsinhalte psychotischer Patienten zu betrachten, wenn man davon ausgeht, daß „religiöse“ Themen oder gar Wahnideen Einkleidungen scheinbar „profaner“ Schwierigkeiten — etwa einer ödipalen Eltern-Kind-Problematik — sein können, wie umgekehrt scheinbar „profane“ Inhalte und Symptome auf Schwierigkeiten in existentielleren „Schichten“ hinzuweisen vermögen. Wo im Sinne einer dynamischen Psychiatrie die Ganzheit des Menschen neu verstanden wird, ist kein Raum für eine dualistische Aufteilung in somatische und psychische, aber auch in profane und religiöse Bereiche, sondern da kommt es auf die Kooperation aller Beteiligten an. Der Seelsorger als Repräsentant letztgültigen Sinnzusammenhangs darf in der therapeutischen Gemeinschaft nicht fehlen.

Ministerial Work in the Therapeutic Team

Dietrich Stollberg

According to the new concept of ministering to the sick as developed by Clinical Pastoral Education the minister is an integrated member of the therapeutic team of the psychiatric hospital. *Stollberg* defines

five functions of the minister in the healing team: the diagnostic, the therapeutic, the communicative (in sense of social hygiene), the integrating, the theological-interpretative (hermeneutic) function. These functions are to be realized in cooperation with the other members of the team, but also in communication with the patients for whom his ministry is available in the first place. Since the minister holds a position in between the two main "bodies" of the hospital, namely the patients and the healing team, he needs a reference and resource group for his own, the "third group" of his chaplain supervisor colleagues. The chaplain is not to be seen as a specialist for illusionary religious ideas of psychotic patients nor as a medically irrelevant luxury for the emotional needs of the patients but as an integrated member of the therapeutic community (including the team as well as the patients) realizing important functions of wholeness and meaning. As a representative of the ultimate dimension of meaning (*Tillich's* 'ultimate concern') he stands exactly for what psychotic people have lost. This dimension is not to be discerned as "sacred" from the "profane" in sense of a dualistic approach but rather seen as within the other dimensions of physical pain and disease, yet also of joy and hope. Therefore, according to *Stollberg*, the presence of a minister in the healing community is as necessary as the presence of physicians or nurses.

Literatur

- Ammon, G.* (1972): Zur Lage der psychisch Kranken in der Bundesrepublik und in Westberlin. In: *Dyn. Psychiat.* (15) 137—149
- (1971/72): Auf dem Wege zu einer Psychotherapie der Schizophrenie I—IV. In: *Dyn. Psychiat.* (10—15) 9—28; 123—167; 181—201; 81—107
- (1973): *Dynamische Psychiatrie* (Darmstadt: Luchterhand)
- Becher, W.*, Hrsg. (1972): *Klinische Seelsorgeausbildung* (Frankfurt)
- Faber, H.* (1965): *Klinische Semester für Theologen* (Bern: Haupt)
- Heigl-Evers, A.; Hering, A.* (1970): Die Spiegelung einer Patientengruppe durch eine Therapeuten-Kontrollgruppe. In: *WPKÖ* (59) 380—390
- Piper, H.-Chr.* (1972): *Klinische Seelsorgeausbildung* (Berlin)
- Stollberg, D.* (1972 a): *Therapeutische Seelsorge* (München: Kaiser)
- (1972 b): *Mein Auftrag — Deine Freiheit* (München: Claudius)
- (1972 c): Zur Funktion von Gruppen und Gruppendynamik in der Klinischen Seelsorgeausbildung. In: *Becher, W.* (Hrsg.): *Klinische Seelsorgeausbildung* 108—119 (mit einem Korreferat von *T. Brecher* ebd. 119 ff)
- (1972 d): *Seelsorge durch die Gruppe* (Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht)
- (1972 e): *Klinische Seelsorgeausbildung (CPT) Bethel*. In: *Wege zum Menschen* (11/12) 474—475
- Zijlstra, W.* (1972): *Seelsorge-Training* (München-Mainz)

Adresse des Autors:
 Prof. Dr. Dietrich Stollberg
 4813 Bethel b. Bielefeld
 Friedhofsweg 44

Nachrichten

Wissenschaftliche Veranstaltungen der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP)

Am 30. 11. 1973 sprach im Rahmen der wissenschaftlichen Veranstaltungen 1973 der DAP *Gisela Ammon* zum Thema „Interaktion im Psychoanalytischen Kindergarten“. In ihrem Referat untersuchte sie die Gruppen-Interaktion im Psychoanalytischen Kindergarten der DGG, dessen pädagogisches Ziel die Entwicklung von Ich-Identität und -Autonomie in einem repressionsfreien, frustrationsregulierenden Milieu ist. Anhand von Beispielen stellte sie die meist im Spiel kommunizierten Interaktionen innerhalb der Kindergruppe dar und nannte exemplarisch für die zwischen Eltern- und Kindergruppe stattfindenden Prozesse die Bearbeitung von Trennungsschwierigkeiten und das spielerische Austragen von Konflikten der Primärgruppe.

Sie untersuchte ferner die Rivalität zwischen Kindergartenerzieherinnen und Eltern, die durch eine Abwehr der kindlichen Übertragung und eine Provokation des Splittings in gute und böse Mutteraspekte seitens der Erzieherinnen entstehen kann, und zeigte, wie der „Mythos von der besten Mutter“ im Interesse aller und besonders der Kinder durch einen „Brückenbau“ zwischen Kind und Eltern überwunden werden kann.

In der anschließenden lebhaften Diskussion, an der sich auch die Mitarbeiter des Kindergartens beteiligten, ging es unter anderem um die Spiegelungen gruppendynamischer Konflikte der Kindergruppe in der Gruppe der Erzieherinnen, der Elterngruppe und vice versa, den Rollenwechsel zwischen Vater und Mutter, Elternrollenübertragung auf die Erzieherinnen und Möglichkeit und Grenzen einer therapeutischen Beeinflussung der Eltern.

Der 9. Vortrag im Rahmen der Vortragsreihe der DAP am 14. 12. 73 stand unter dem Titel „Zur Frage der Laienanalyse heute“. Es sprach Prof. Dr. theol. *Dietrich Stollberg* aus Bethel. Anknüpfend an Gedanken *Freuds* in der Abhandlung „Zur Frage der Laienanalyse“ aus dem Jahre 1926, in der *Freud* sich dafür aussprach, daß auch Nichtärzten erlaubt sein soll, den Analytikerberuf auszuüben und sogar meinte, daß die ärztliche Ausbildung ein beschwerlicher Umweg zum analytischen Beruf sein kann, zieht *Stollberg* Linien zu heutigen Möglichkeiten analytischer Tätigkeit und zur realen Praxis der Psychotherapie.

Angesichts der mangelhaften psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung sei es unverantwortbar, daß Ausübung psychoanalytischer Therapie fast ausschließlich von Medizinern monopolisiert werde, zumal sachlich gesehen das Medizinstudium allein keineswegs schon zum

analytischen Beruf disponiere. Um als Analytiker seinen Patienten gerecht zu werden, müsse man außer medizinischen auch historische, kultur- und religionsgeschichtliche Gesichtspunkte mit einbeziehen, um das ganze Symbolfeld psychischer Erkrankungen einigermaßen zu erfassen. *Stollberg* griff in diesem Zusammenhang den Narzißmus von Therapeuten an, die ihre Stellung standespolitisch auf die schmale Grundlage einer einseitig medizinischen Qualifikation gründen wollten, und dabei andere Berufsgruppen und Denkrichtungen ausschlossen, die für das Verständnis von Patienten unabdingbar seien.

Am 25. 1. 74 sprach Prof. Dr. med. *Luigi Stroppiana* (Rom) zum Thema „Wechselbeziehungen zwischen Psychoanalyse und Psychotherapie“. In seinem historisch informativen Vortrag waren insbesondere der Hinweis auf das unitarische Konzept zur Genese der Geisteskrankheiten und die Bedeutung psychotherapeutischer Methoden in der klassischen Antike bemerkenswert.

2. London Workshop in Group Analysis

Vom 30. 12. 73 bis zum 4. 1. 74 veranstaltete die Group Analytic Society, London, ihren zweiten Workshop unter Leitung von *H. J. H. Home* (London). Etwa 50 praktizierende Gruppenpsychotherapeuten analytischer Orientierung aus 12 Ländern trafen sich, um auf der Basis der von *S. H. Foulkes* begründeten gruppenanalytischen Schule zu arbeiten. Als Delegation der DGG nahmen, wie bereits im vorigen Jahr, Dipl.-Psych. *Ursula Keller* und der neue Präsident der DGG, *Peter Moldenhauer*, teil.

Die interessante Dynamik des Workshop wurde durch die Verbindung von morgendlichen Großgruppensitzungen aller Teilnehmer, Kleingruppenarbeit in fünf parallelen Gruppen am Nachmittag und anschließenden Plenar- und Diskussionssitzungen bestimmt.

Die Großgruppen waren unstrukturiert und „leiterlos“, wirkten regressionsfördernd, weckten archaische Phantasien und riefen bei vielen Teilnehmern Angst vor Identitätsverlust und Verlassenheit hervor.

Die Kleingruppen arbeiteten mit Leitern verschiedener Orientierung (z. B. Kleinianern und Jungianern).

Im Hintergrund des Workshop stand das Problem, ob parallele Arbeit in Groß- und Kleingruppen für einen so kurzen Workshop möglich bzw. sinnvoll sei. Dr. *Foulkes* hatte in GAIPAC 6 (1973) 136—137 über Arbeitsstörungen der Großgruppe berichtet, die darin bestanden, daß Kleingruppenprozesse sich als Widerstand und Kommunikationshindernis in der Großgruppe auswirkten. Auch in London bestätigte sich die Erfahrung, daß eine zentrale Aufgabe eines solchen Workshop die Klärung und Bearbeitung der Gruppengrenzen ist und daß die Funktion des Gruppenleiters als „zentrale Figur“, und damit als erste

Gruppengrenze (*Ammon, 1973*) stärker in den Blickpunkt gerückt wird. Dadurch wird es der Großgruppe erst möglich — besonders im Hinblick auf die zeitliche Begrenzung —, ihre diffusen und z. T. archaischen Aggressionen auszudrücken.

Der 3. Londoner Workshop wird wieder in der ersten Januarwoche 1975 in London stattfinden. Darüber hinaus veranstaltet die Group Analytic Society vom 8.—20. 9. 74 in Amsterdam ein Symposium für einen begrenzten Teilnehmerkreis (Auskünfte über beide Veranstaltungen erteilt *Peter Moldenhauer*, Präsident der DGG, Mitglied des Council of European Delegates des Group Analytic Institute).

Internationale Kongresse für Gruppenpsychotherapie

Die DGG hat von befreundeten Gesellschaften Einladungen zu folgenden Kongressen erhalten, wird sich jeweils mit einer Delegation daran beteiligen und lädt weitere Mitglieder dazu ein:

3rd. European Symposium on Group Analysis,
8.—10. September 1974 in Amsterdam;

5th. Congress of the International Association for Social Psychiatry,
1.—7. September in Athen.

Thema: 'Towards a System Approach to Psychosocial Functioning and Malfunctioning'.

Die DGG wird sich mit einem eigenen Symposium zu dem Thema: 'Ego-Psychological and Group Dynamic Aspects of Analytic Group Psychotherapy' unter Leitung von *Günter Ammon* beteiligen.

1. Ordentliche Mitgliederversammlung der DGPM

Am 12. 1. 74 fand die 1. Ordentliche Mitgliederversammlung der im Juli 1973 gegründeten Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM) e. V. in Berlin statt. In dieser Versammlung wurde der Vorstand der DGPM neu gewählt und setzt sich wie folgt zusammen:

Präsident: Dr. med. *Günter Ammon* (Berlin),

1. Vizepräsident: Dr. med. *Jan Pohl* (München),

2. Vizepräsident: Dr. med. *Lothar Schmidt* (Berlin),

Exekutivsekretär Dr. med. *Margot Schoch* (München),

Schatzmeister: Dr. med. *Hartwig Volbehr* (Berlin).

Die Gesellschaft zählt z. Z. über 80 qualifizierte Mitglieder.

Ammon gab bekannt, daß er vom Präsidenten des International College of Psychosomatic Medicine (ICPM), Prof. Dr. med. *Mauricio Knobel* (Buenos Aires), beauftragt worden ist, ein Regional Meeting innerhalb des ICPM in der Bundesrepublik abzuhalten. Es wird vom 22.—26. 9. 74 auf Schloß Weidenkam am Starnberger See bei München stattfinden. Die DGPM wird das Regional Meeting unterstützen.