

# Dynamische *Dynamic* Psychiatrie *Psychiatry*

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse  
Herausgegeben von Günter Ammon

*Günter Ammon*

Das narzißtische Defizit als Problem der psychoanalytischen  
Behandlungstechnik — Ein Beitrag zur Theorie und Praxis  
der nachholenden Ich-Entwicklung

*Ursula Keller*

Ich-Spaltung in der Perversion

*Walter Th. Winkler*

Derealisations- und Depersonalisationssyndrom  
mit Bericht über den Verlauf einer analytischen Therapie

*Leopold Bellak*

Careers in Psychotherapy

*Keigo Okonogi*

The Psychiatrist's Role-Diffusion as Psycho-Therapist in Japan

7. Jahrgang

4. Heft 1974

PINEL-PUBLIKATIONEN BERLIN

27

# Dynamische Psychiatrie / *Dynamic Psychiatry*

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse  
Organ der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP),  
der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (DGG) und der  
Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM)  
7. Jhg., 4. Heft 1974, Nr. 27

Herausgegeben von Günter Ammon  
unter Mitarbeit von

F. Antonelli, Roma — D. Anzieu, Paris — R. Barnes, Phoenix — 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. Smirnof, Paris — T. C. Sinha, Calcutta —  
J. Sutherland, Edinburgh — V. Tähkä, Helsinki — Y. Tokuda, Tokio — E. Weigert,  
Chevy Chase — W. Th. Winkler, Gütersloh — W. Z. Winnik, Jerusalem — E. D.  
Wittkower, Montreal.

|   | Seite |
|---|-------|
| <i>Günter Ammon</i> (Berlin)  | 201   |
| Das narzißtische Defizit als Problem der<br>psychoanalytischen Behandlungstechnik — Ein Beitrag zur<br>Theorie und Praxis der nachholenden Ich-Entwicklung    |       |
| The Narcissistic Deficit as a Problem of the<br>Psychoanalytic Treatment — A Contribution to the<br>Theory and the Practice of a Retrieval of Ego-Development | 214   |
| <i>Ursula Keller</i> (Berlin)   | 216   |
| Ich-Spaltung in der Perversion  |       |
| Ego-Splitting in Perversion   | 227   |
| <i>W. Th. Winkler</i> (Gütersloh)   | 230   |
| Derealisations- und Depersonalisationssyndrom mit<br>Bericht über den Verlauf einer analytischen Therapie   |       |
| The Derealization and Depersonalization Syndrome —<br>With a Report on an Analytic Therapy  | 239   |
| <i>Leopold Bellak</i> (Larchmont, N. Y.)  | 242   |
| Careers in Psychotherapy  |       |
| Über den Beruf des Psychotherapeuten  | 246   |
| <i>Keigo Okonogi</i> (Tokyo)  | 248   |
| The Psychiatrist's Role-Diffusion as Psycho-Therapist in Japan  |       |
| Die Rollendiffusion des Psychiaters als Psychotherapeuten in Japan  | 255   |
| Liste der eingetroffenen Bücher/Books Received  | 258   |
| Nachrichten   | 264   |

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*

# Das narzißtische Defizit als Problem der psychoanalytischen Behandlungstechnik — Ein Beitrag zur Theorie und Praxis der nachholenden Ich-Entwicklung\*

Günter Ammon

Der Autor beschäftigt sich mit dem Problem der sogenannten „nicht-analysierbaren“ Patienten, die zunächst weder auf ihr Symptomverhalten verzichten noch dieses analysieren können. Er legt dar, daß dieses vom neurotherapeutischen Standpunkt aus meist als Widerstand oder negative therapeutische Reaktion gedeutete Verhalten ein signifikantes Merkmal einer besonderen Gruppe von psychischen Erkrankungen ist, die er unter dem Begriff der archaischen Ich-Krankheiten zusammenfaßt. Im Unterschied zur Neurose ist das mit diesen archaischen Ich-Krankheiten verbundene Symptomverhalten nicht Ausdruck eines unbewußt gewordenen intrapsychischen Konfliktes zwischen den im wesentlichen entwickelten psychischen Instanzen, es dient vielmehr direkt als Ersatz für eine nichtentwickelte psychische Struktur.

Die besondere Aufgabe der psychoanalytischen Therapie besteht nach Ammon in diesen Fällen darin, vor der analytisch-interpretierenden Arbeit die extremen Verlassenheitsängste des Patienten zu verstehen und zu bearbeiten, die in real erlittenen frühkindlichen Verlassenheitstraumen der präödpalen Phase begründet sind.

Der Therapeut muß hier als Hilfs-Ich des Patienten diesem jenseits des Symptomverhaltens bei der Abgrenzung und Bestimmung seiner eigenen Identität zu Hilfe kommen und sozusagen im Prozeß der therapeutischen Arbeit selbst die Bedingungen für eine Analysierbarkeit des Patienten schaffen.

Ich möchte mich im folgenden mit den therapeutisch-technischen Problemen beschäftigen, mit denen uns die psychoanalytische Therapie der archaischen Ich-Krankheiten konfrontiert.

Ich möchte deutlich machen, daß eine psychoanalytische Behandlung dieser Krankheitsformen weitgehende Veränderungen in der therapeutischen Technik erforderlich macht, daß aber auch umgekehrt die Entwicklung solcher neuen Formen der Behandlungstechnik uns die Möglichkeiten zu einer vertieften Einsicht in die Genese, die Struktur und die Dynamik psychischer Erkrankungen eröffnet. Ich meine daher, daß die Behandlungsformen, die wir in der Auseinandersetzung mit den archaischen Ich-Krankheiten entwickeln, auch rückwirkend Konsequenzen für ein erweitertes und differenziertes Verständnis der psychoanalytischen Behandlungstechniken überhaupt erbringen können.

Lassen Sie mich zunächst noch einmal kurz umreißen, was hier unter dem Begriff der archaischen Ich-Krankheiten verstanden werden soll, welche Funktion das narzißtische Defizit in ihrer Genese und Dynamik

\* Vortrag gehalten auf dem VI. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), 9.—13. Juni 1974, Schloß Weidenkam (Starnberger See bei München)

hat und welche Konsequenzen sich daraus hinsichtlich der Aufgabenstellung der psychoanalytischen Forschung und Therapie ergeben.

Wie ich in einer Reihe von Arbeiten detailliert ausgeführt habe, fasse ich unter dem Begriff der archaischen Ich-Krankheiten ein Spektrum psychopathologischer Syndrome zusammen, das neben den psychotischen Reaktionen des schizophrenen und des manisch-depressiven Formenkreises das sogenannte Borderline-Syndrom, die sexuellen Perversionen und die psychosomatischen Erkrankungen umfaßt (vgl. *Ammon*, 1973 a, 1974 a).

Das gemeinsame Kennzeichen dieser Krankheitsbilder ist nach meiner Erfahrung eine in der frühen Kindheit im Rahmen der präödpalen Symbiose von Mutter und Kind erfolgte Arretierung und Verstümmelung der Ich- und Identitätsentwicklung, die dazu führte, daß das Kind im Aufbau seiner Ich-Grenzen und in der Entfaltung seiner primär gegebenen Ich-Funktionen, hier insbesondere der konstruktiven Aggression, nicht adäquat unterstützt wurde und aufgrund früher traumatischer Trennungs- und Vernichtungsängste an der Ausbildung einer kohärenten und flexiblen Ich-Struktur gehindert wurde.

Die entstehenden strukturellen Schädigungen der Ich-Organisation und ihrer Funktionen führen zu schweren Störungen auf allen folgenden Stufen der Ich-Entwicklung. Das Kind bleibt in den betroffenen Bereichen seines Erlebens und Verhaltens unfähig zu einer flexiblen Abgrenzung seiner eigenen Identität und einer schuldfreien Entfaltung seiner Ich-Funktionen. Es verharnt vielmehr in einer archaisch-symbiotischen Abhängigkeit von den undifferenzierten und als bedrohlich erlebten Objekten der Primärgruppe — insbesondere der Mutter —, die als verinnerlichte Primär-Gruppe bzw. als Gruppe der verinnerlichten Objekte die Integrität und Kohärenz der beschädigten Ich-Struktur ständig bedrohen und deren destruktiv deformierte Aggression mit einem jeweils spezifischen Symptomverhalten abgewehrt wird, das ebenso ein Ausdruck der persistierenden symbiotischen Abhängigkeitsbedürfnisse ist, wie es als Versuch einer destruktiv deformierten Abgrenzung gegenüber den archaischen Objekten verstanden werden kann.

Das Symptomverhalten der archaischen Ich-Krankheiten unterscheidet sich dabei grundlegend von dem Symptom der ödpalen Neurose.

In der Neurose können wir das Symptom als Ausdruck intrapsychischer Konflikte zwischen den entwickelten psychischen Instanzen verstehen, die durch Verdrängung unbewußt geworden sind und deren im Unbewußten fortwirkende Dynamik dazu führt, daß das prinzipiell kohärente und funktionsfähige Ich in seinem Erleben und Verhalten partiell gestört und behindert wird.

Die Symptomatik der archaischen Ich-Krankheiten bringt dagegen zum Ausdruck, daß eine Differenzierung und Abgrenzung der psychi-



schen Instanzen und Strukturen gerade nicht erfolgen konnte. Das Symptom zeigt daher nicht eine konfliktuöse Behinderung des Ichs im Sinne einer bloßen Beeinträchtigung seiner Funktionsfähigkeit an, es dient vielmehr direkt als Ersatz für die fehlende psychische Struktur, es dient der Kompensation einer strukturellen Schädigung im Sinne eines narzißtischen Defizits und der Abwehr der mit einem solchen „Loch im Ich“ immer verbundenen archaischen Trennungs- und Vernichtungsangst.

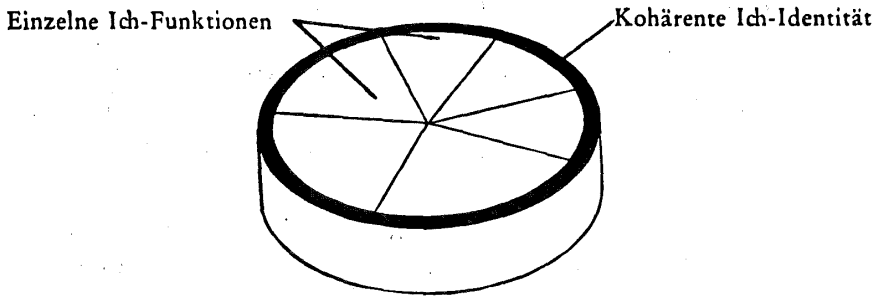


Abb. 1:  
Gesundes Ich mit differenzierten Ich-Funktionen und kohärenter Ich-Identität

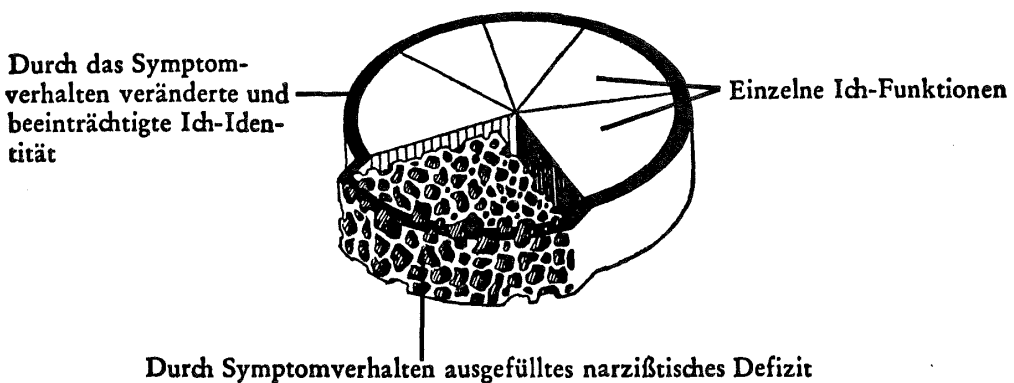


Abb. 2:  
Krankes Ich mit narzißtischem Defizit und beschädigter Ich-Identität

Aus diesem verschiedenen Stellenwert des Symptoms, das einmal als Behinderung einer bereits entwickelten strukturellen und funktionellen Einheit erscheint, im anderen Fall dagegen als Ersatz für eine nicht entwickelte Struktur dienen muß, ergeben sich auch die spezifischen Unterschiede in der psychoanalytischen Behandlung der archaischen Ich-Krankheiten.

Während der neurotisch reagierende Patient die strukturellen psychischen Voraussetzungen für die analytische Arbeit bereits mit in die Behandlung bringt, und zwar in Form seiner wenigstens annähernd kohärenten Ich-Struktur, die es ihm ermöglicht, Einsicht in sein Erleben und Verhalten zu gewinnen, läßt der Ich-krank Patient gerade diese Voraussetzung für eine analytische Arbeit vermissen. Er ist aus diesem Grunde tatsächlich zunächst nicht analysierbar und ist darauf angewiesen, daß die analytische Therapie selbst allmählich die Voraussetzungen für seine Analysierbarkeit schafft.

Die Therapie muß mit anderen Worten zunächst einmal ersetzen, was der Patient an Voraussetzungen vermissen läßt, d. h. sie muß die Ich-Funktionen der Abgrenzung und der reflektierenden Beobachtung zunächst stellvertretend übernehmen und ihm dabei behilflich sein, die entsprechende Struktur der therapeutischen Situation allmählich als eigene Ich-Grenze zu verinnerlichen.

Dieser Vorgang einer nachholenden Ich-Entwicklung im Medium der psychoanalytischen Therapie ist es, der die psychoanalytische Behandlung der archaischen Ich-Krankheiten einerseits außerordentlich erschwert, der aber andererseits diese Form der psychoanalytischen Behandlungstechnik zu einem unserer wichtigsten Instrumente in der Erforschung psychischer Erkrankungen werden läßt.

Wie wichtig diese nachholende Ich-Entwicklung in der Therapie der archaischen Ich-Krankheiten ist, geht hervor aus der typischen Sequenz, die wir in der Genese der Erkrankung immer wieder finden können.

Am Anfang steht die pathogene Situation der präödiptalen Symbiose, deren krankmachende Dynamik wir in vielen Fällen bis in die pränatale Mutter-Kind-Beziehung zurückverfolgen können. Das durch eine erfahrungsunfähige, häufig auch offen feindselige und destruktiv-aggressive Mutter und Primärgruppe in der Entfaltung seiner Ich-Funktionen behinderte Kind bleibt in wesentlichen Lebensbereichen abhängig von der Mutter bzw. von entsprechenden Bezugspersonen. Wesentliche Ich-Funktionen werden häufig gar nicht erst entwickelt oder aber sie erfahren eine deformativ-verkrüppelnde Wirkung durch das Bemühen des Kindes, den unbewußten Bedürfnissen und Ängsten der Mutter zu entsprechen, eine Dynamik, die besonders deutlich in der Genese der Ich-Krankheit der psychosomatischen Reaktion hervortritt.

Nach der Trennung von der Primärgruppe finden wir die Patienten auf der Suche nach Ersatzobjekten, welche die Funktion der Primärgruppe übernehmen können und an die der Patient die Ich-Funktionen der Abgrenzung, der Kontrolle, der Integration, des Schutzes usw. delegieren kann.

Die starke Ambivalenz, welche diese unter der Herrschaft unbewußter Wiederholungszwänge hergestellten symbiotischen Beziehungen regelmäßig bestimmt, führt dann jedoch immer häufiger zu Brüchen und Rissen und schließlich zum mehr oder weniger vollständigen Zerfall des pathologischen Beziehungsgeflechtes.

Der Patient erlebt, daß er plötzlich von den Objekten verlassen wird, an die er wesentliche Funktionen der Ich-Integration delegiert hat, und in der Folge kommt es dann zum Ausbruch des jeweils spezifischen Symptomverhaltens, das der Abwehr der unbewußten Verlassens- und Vernichtungsangst dient.

Das Gruppenverhalten der Ich-kranken Patienten ist nach meiner Erfahrung besonders geeignet, uns Aufschlüsse hinsichtlich der jeweiligen spezifischen Ich-Störung zu geben. In ihm findet die destruktive Dynamik der inneren Objekte, d. h. der verinnerlichten Gruppe der frühen Kindheit, einen direkten Ausdruck.

*Stierlin* (1971) hat mit seinem treffenden Ausdruck von der „gyroskopischen Funktion“ der inneren Objekte gesprochen, in Anlehnung an das Gyroskop, ein nautisches Instrument, das als eine Art automatischer Stabilisator das Schiff gegenüber den Kräften von Wind, Sog und Strömung auf Kurs hält.

Bei den Ich-kranken Patienten ist diese Funktion der inneren Objekte entscheidend gestört. Der Kranke, der in frühester Kindheit von seiten der Mutter und Primärgruppe immer wieder extremer Hilflosigkeit und Verlassenheit ausgesetzt wurde und der gerade aus diesem Grunde unfähig blieb, seine eigene Ich-Identität abzugrenzen und sich als Persönlichkeit im eigenen Recht schuldfrei von Mutter und Primärgruppe zu lösen, ist ständig auf der Suche nach Objekten, die für ihn die Funktion guter innerer Objekte übernehmen können und ihn vor der destruktiven Dynamik der verinnerlichten Gruppe schützen können; andererseits aber sucht er gerade immer wieder Situationen auf, die für ihn die krankmachende Situation der Primärgruppe repräsentieren können.

So finden wir die Ich-kranken Patienten häufig angepaßt an äußere Regelungssysteme des Verhaltens im Sinne einer kompensatorischen Überanpassung nach außen. In diesem Falle muß die äußere Gruppe in Form ihrer Vorschriften und Regeln die gyroskopische Funktion einer Korrektur möglicher Kursabweichungen übernehmen. Oder aber wir finden die Patienten in mehr oder weniger diffusem Ausagieren in chaotischen

Gruppensituationen. Die destruktive und zerrissene Gruppe der inneren Objekte wird sozusagen immer wieder in der Realität aufgesucht, um auf diese Weise eine Möglichkeit für die Kontrolle der bedrohlichen inneren Objekte zu finden, eine Dynamik, die m. E. auch so zu verstehen ist, daß der Kranke sich durch eine Aufsplitterung des undifferenzierten und feindseligen inneren Objektes der präödiipalen Mutter darum bemüht, seine ständig als gefährdet erlebte Ich-Integration durch eine kontrollierte Zersplitterung des inneren Objektes aufrechtzuerhalten.

Für die Therapie ergibt sich aus dieser Sachlage eine besondere Aufgabenstellung. Der Ich-kranke Patient sucht in der Regel die Behandlung auf, wenn die Gruppe seiner Bezugspersonen sich weigert, für den Kranken als eine Gruppe innerer Objekte zu fungieren und die Ich-Funktionen zu übernehmen, die er an sie delegieren möchte.

Er antwortet auf diese Weigerung, die er als ein existentielles Verlassenwerden erlebt, mit dem Ausagieren seiner Symptomatik, die der Abwehr seiner unbewußten Trennungs- und Vernichtungsangst dient. Eine direkte analytische Auflösung des Symptoms mit Hilfe der Behandlungstechnik der analytischen Neurosen-therapie würde in dieser Situation bedeuten, daß dem Ich-kranken Patienten eine für die Aufrechterhaltung seiner extrem bedrohten Ich-Integration unentbehrliche Abwehrformationen genommen werden würde.

Die Folge einer solchen neurosen-therapeutischen Behandlung ist daher auch erfahrungsgemäß zumeist eine deutliche Verschlechterung der Situation des Patienten, der die analytischen Interpretationen des Therapeuten nicht als Hilfe, sondern vielmehr als Bestrafung und als Verlassenwerden erlebt und aus diesem Grunde nur noch stärkere Ängste entwickelt. Eine direkte Symptomanalyse kann auf diese Weise zum Auslöser einer psychotischen Reaktion oder auch einer verstärkten destruktiven Dynamik bis hin zum Selbstmord werden.

Für die Therapie kommt es daher zunächst einmal darauf an, dem Patienten das verlorengegangene äußere Stützgewebe, das er in seiner ausagierten Gruppenpathologie gesucht hat, zu ersetzen. Sie muß dem Patienten erst einmal ein Gerüst anbieten, mit dessen Hilfe er sich stabilisieren kann. Der Therapeut muß hier direkt als ein ergänzendes Hilfs-Ich des Patienten tätig werden, und er muß sich klar darüber sein, daß er in dieser Situation nicht von vornherein als analysierender Interpret gebraucht wird — gerade in dieser Funktion wird er vom Ich-kranken Patienten nicht als Hilfs-Ich, sondern als archaisch-feindseliges Über-Ich erlebt —, sondern daß er direkt zu erkennen geben muß, daß der Patient auf seinen Beistand rechnen kann.

Die Initialphase des therapeutischen Prozesses in der psychoanalytischen Behandlung der archaischen Ich-Krankheiten hat daher zumeist



deutlich den Charakter einer stabilisierenden Notfalltherapie, in deren Rahmen zunächst daran gearbeitet werden muß, die realen Voraussetzungen für eine analytische Therapie zu schaffen.

Worum es hier geht, kann ein Vergleich mit der Anfangsphase einer Neurosen-therapie verdeutlichen. Hier wird im Rahmen der Voruntersuchung vor allem festgestellt, ob der Patient die Voraussetzungen für eine analytische Therapie im Rahmen der klassischen Standardsituation mit in die Behandlung bringt, ob er Einsicht in das Krankhafte seines Symptomverhaltens hat, ob seine Motivation stark genug ist, sein Erleben und Verhalten reflektierend zu beobachten und zu verändern. Erst wenn diese Bedingungen gegeben sind, wird mit der eigentlichen Therapie begonnen, die im Rahmen der entstehenden Übertragungsneurose die intrapsychischen Konflikte des Patienten analysiert, die seinem Symptomverhalten zugrunde liegen.

Die Initialphase in der Therapie der archaischen Ich-Krankheiten hat dagegen nicht allein die Aufgabe, zu prüfen, ob und welche Voraussetzungen der Patient für eine analytische Arbeit mit in die Behandlung bringt, sie dient vielmehr zugleich auch dazu, diese Voraussetzungen im Zuge des therapeutischen Prozesses herzustellen. Der Therapeut muß z. B. den Patienten zunächst einmal darin unterstützen, seine äußere Lebens- und Arbeitssituation zu ordnen, er muß die damit verbundenen realen Probleme mit dem Patienten besprechen. Seine Funktion auf dieser Ebene der therapeutischen Interaktion ist eher die eines Informators als die eines Interpreten.

Bei schwer gestörten Patienten, besonders bei schweren Arbeitsstörungen, kann der Therapeut auch in die Lage kommen, daß er dem Patienten direkt Anweisungen geben und ein Aktionsprogramm für ihn zusammenstellen muß, dessen Durchführung er kontrolliert und auf dessen Einhaltung er besteht.

Man kann sagen, daß hier zunächst auf der realen Ebene ein therapeutisches Bündnis zwischen dem Analytiker und dem Patienten hergestellt werden muß; eine Beziehung, die jenseits der Übertragung stehend zur Basis für die Entfaltung jener unbewußten psychodynamischen Vorgänge werden kann, die *Freud* als Widerstand und Übertragung, als Regression und als Gegenübertragung beschrieben hat und in deren analytischer Bearbeitung er das Grundgesetz jeder Form der psychoanalytischen Therapie und Forschung gesehen hat.

Die Herstellung eines therapeutischen Bündnisses jenseits der Übertragung, die hier als erste Aufgabe der Therapie Ich-kranker Patienten bezeichnet wird, bedeutet jedoch nicht, daß die Übertragungsdynamik selbst in der Anfangsphase der Therapie vernachlässigt werden darf. Diese Übertragungsdynamik steht vielmehr von Beginn an im Zentrum

der Arbeit. Sie wird jedoch nicht auf der Ebene des Symptomverhaltens analysiert. Es kommt vielmehr darauf an, diese Symptomfront zunächst zu umgehen und den Patienten direkt auf die dahinter verborgenen Ängste und Konflikte anzusprechen. Gerade indem der Therapeut zu erkennen gibt, daß er bereit ist, dem Patienten bei der Organisation seiner realen Lebenssituation zu helfen, macht er deutlich, daß er ihm auch in der Auseinandersetzung mit seinen entscheidenden unbewußten Ängsten und Konflikten beistehen wird.

Die Handhabung des Übertragungsgeschehens bei Ich-kranken Patienten ist mit einer Reihe besonderer Schwierigkeiten verbunden und erfordert nach meiner Erfahrung eine besondere Technik, die durch das zentrale Problem des narzißtischen Defizits erforderlich wird.

Diesen Problemen möchte ich mich nun im folgenden anhand eines kurzen Fallbeispiels zuwenden.

Die Patientin Cathy, eine 22jährige Studentin, suchte die Behandlung auf, nachdem sie bereits zwei Versuche einer Psychotherapie hinter sich hatte. Ihr erster Therapeut, ein junger Psychiater, hatte die Behandlung nach wenigen Monaten abgebrochen, und zwar, wie er sagte, wegen der „ständigen negativen Übertragung“ der Patientin, wegen ihrer „eifersüchtigen Feindseligkeit“ und wegen ihrer „Mißachtung der für die Behandlung aufgestellten Regeln“, wie z. B. „keinen homosexuellen Verkehr zu haben“; Feststellungen, die geradezu als ein Katalog der Schwierigkeiten verstanden werden können, wie sie uns in der Therapie Ich-kranker Patienten begegnen, nämlich eine außerordentlich starke Ambivalenz bei sofort einsetzender, sehr intensiver Übertragungsreaktion, verbunden mit der Unfähigkeit, der Therapie zuliebe das Symptomverhalten aufzugeben.

Der zweite Therapeut, ein älterer Mann, wurde von der Patientin als sehr verständnisvoll beschrieben. Er brach jedoch ebenfalls nach kurzer Zeit die Therapie ab und riet der Patientin zu einer klassischen Analyse als künftiger Therapieform, was sie akzeptierte.

Eine einjährige Wartezeit überstand sie mit großen Mühen. Sie fühlte sich leer und unausgefüllt, insbesondere an den Wochenenden, und betäubte ihre Verlassenheitsängste mit großen Mengen Alkohol. Sie lebte in einer destruktiven homosexuellen Beziehung zu einer Kommilitonin. Periodisch traten Anfälle von Hyperphagie auf, die sich jeder Kontrolle von seiten der Patientin entzogen.

In der ersten Phase der analytischen Behandlung versuchte Cathy, mich auf vielerlei Art zu testen: sie zweifelte am Sinn der Psychoanalyse und sprach von ihren Bedenken, diese Bindung einzugehen. Sie fürchtete, erneut zurückgestoßen und verletzt zu werden. Vor allem wollte sie wissen, was geschehen würde, wenn sie während der Behandlung trinken oder ein homosexuelles Verhältnis unterhalten würde.

Ich versuchte, ihr deutlich zu machen, daß sie ja nicht wegen ihrer Trunksucht und ihrer Homosexualität in die Analyse gekommen sei, sondern, wie sie selbst gesagt habe, wegen ihres quälenden Gefühls einer inneren Leere und Vereinsamung. Es seien daher auch nicht moralische Gründe, deretwegen sie dazu aufgefordert werde, das Trinken und ihre homosexuellen Kontakte, soweit ihr dies möglich sei, einzuschränken. Dies geschehe vielmehr deshalb, weil diese Dinge mit ihrem eigentlichen Problem verbunden seien.

Danach begann eine Phase der Behandlung, die das ganze Problem der Übertragungsdynamik Ich-kranker Patienten enthält.

Die Patientin eröffnete die Sitzungen damit, daß sie nicht wisse, was sie erzählen solle, sie empfinde nur Leere, Hohlsein, Unwirklichkeit, Umnebelung. Mit monotoner Stimme wiederholte sie ihre Klagen über ihre Unklarheit und ihre Gefühle der Entfremdung. Sie habe sich schon immer vor Dunkelheit und Tod gefürchtet, ihre Mutter habe dies nie verstehen können usw. Sätze dieses Inhalts wiederholten sich endlos. Dabei sprach sie mit monotoner einschläfernder Stimme. Außerhalb der Therapie begann sie, maßlos zu rauchen, sie aß ununterbrochen und wurde zusehends dicker. In der Analyse sagte sie: „Alle Sehnsucht geht durch den Mund“, oder: „Ich möchte nichts tun, Milchkakao trinken“, oder: „Da drinnen ist ein Loch, es ist wie ein Sack ohne Boden, das bin ich“. Dann folgten lange Perioden des Schweigens.

Ich selbst begann auf das monotone Verhalten der Patientin mit starker Müdigkeit zu reagieren. Nach den Sitzungen fühlte ich mich schlaff und leer, wie ausgesaugt. Ich hatte zunehmend ein Gefühl der Hilflosigkeit, schlief auch ein und reagierte mit zunehmendem Ärger. Ich kam wiederholt zu spät zu den Sitzungen und glaubte schließlich, daß die Behandlung wohl erfolglos bleiben werde.

Diese Situation einer extremen, wie erstarrten Regression des Patienten mit einer monotonen Wiederholung der Klagen, einer Abwehr jeder Form der Interpretation und eines Schweigens, das wie ein immer gleiches, hypnotisierendes Ritual die Sitzungen bestimmt, finden wir nach meiner Erfahrung immer wieder in der Behandlung Ich-kranker Patienten.

Auch die Gegenübertragungsreaktion, die Schläfrigkeit, das Gefühl des Ausgelaugtseins und die Mattigkeit im Anschluß an die Sitzungen, das Zuspätkommen und die zunehmende hilflos-ärgerliche Gereiztheit, schließlich das Gefühl der Aussichtslosigkeit der Behandlung, ist nach meiner Erfahrung typisch für diese Übertragungsdynamik. Sie ist zu meist der Grund für den Abbruch der Behandlung.

In dem zitierten Fallbeispiel gelang es mir schließlich aufgrund einer genauen Analyse meiner Gegenübertragungsreaktion, die derart erstarrte analytische Situation zu entschlüsseln und in Bewegung zu bringen.

Es wurde mir allmählich deutlich, daß die Patientin mit Hilfe ihres immer wiederholten monotonen Rituals versuchte, mich aktionsunfähig zu machen und mich unter Kontrolle zu halten, und ich vermutete, daß meine Gegenübertragungsreaktion dem Verhalten entsprach, mit dem die Mutter in der frühesten Kindheit die Äußerungen der Patientin beantwortet hatte.

Das Verhalten der Patientin konnte daher als ein Versuch verstanden werden, in einer symbiotischen Verschmelzung mit dem Analytiker zu verharren und jede Veränderung durch ein schweigendes Kontrollsystem abzuwehren.

In dem Augenblick, als ich die Patientin direkt auf die Angst hin ansprach, die sie mit Hilfe ihres Rituals abzuwehren versuchte, trat eine Wende ein. Sie begann zu sprechen und Einfälle zu den Ursachen ihres Schweigens zu bringen.

Im weiteren Verlauf der Analyse trat dann deutlich hervor, daß diese Patientin sich nur in Gegenwart eines externen Hilfs-Ichs als existent erleben konnte, und daß sie mit ihrem Schweigen die Angst abzuwehren versucht hatte, aufgrund ihres Symptomverhaltens bzw. ihrer Phantasien vom Therapeuten verlassen zu werden.

In dieser archaischen Trennungs- und Verlassensangst fand das zentrale Ich- und Identitätsproblem der Patientin ihren Ausdruck. Ohne die symbiotische Verbindung mit einem äußeren Hilfs-Ich war sie unfähig, eigene Gefühle und Bedürfnisse wahrzunehmen und ein Gefühl für die eigene Existenz im Sinne eines Ich-Gefühls zu erleben. Jede Verbalisierung eines Gefühls, eines Bedürfnisses und einer Angst aber war für sie mit der Gefahr verbunden, dieses Hilfs-Ich möglicherweise zu verlieren. Erst als es gelang, diese archaische Trennungsangst der Patientin direkt anzusprechen, und als sie erlebte, daß der Therapeut als ein gutes Objekt bereit war, die von ihm geforderte Hilfs-Ich-Funktion wahrzunehmen, gleichzeitig aber auch die Patientin in ihrem Bemühen um eine aktive Abgrenzung der eigenen Identität zu unterstützen, war in der therapeutischen Beziehung ein sicherer Rahmen entstanden, in dessen Schutz die Patientin es wagte, sich der Übertragungsdynamik anzuvertrauen und in der Folge auch ihre ödipale Problematik zu bearbeiten.

Ich möchte hier auf weitere Einzelheiten dieser Therapie, die ich an anderem Ort ausführlich dargestellt habe, nicht eingehen (vgl. Ammon, 1969, 1973a).

Worauf es mir jedoch hier ankommt, ist, deutlich zu machen, daß die Ich- und Identitätsproblematik der Ich-kranken Patienten bereits in der Anfangsphase der Therapie in der Dynamik ihres Übertragungsverhaltens zum Ausdruck kommt. Vom Standpunkt der Neurosen-therapie aus steht dabei die Unfähigkeit der Patienten im Vordergrund, ihr Symptomverhalten als Ausdruck einer Übertragungsbeziehung zu verstehen und

an der Aufklärung dieses Verhaltens durch freie Assoziationen zu arbeiten. Dies wird dann als Widerstand oder oft auch als negative therapeutische Reaktion interpretiert, was in diesem Falle die Patientin im Rahmen ihrer ersten Therapie bereits erfahren hatte.

Nach meiner Erfahrung aber bedeutet eine solche negative Reaktion, mit der die Ich-kranken Patienten auf die Anwendung einer neurosen-therapeutischen Behandlungstechnik antworten, gerade nicht, daß sie zu einer Bearbeitung ihrer Probleme nicht bereit sind. Diese Reaktion zeigt vielmehr an, daß das entscheidende Übertragungsgeschehen in der therapeutischen Beziehung nicht auf der Ebene des Symptomverhaltens der Patienten liegt, sondern auf der dahinter liegenden Ebene der Ich-Störung, die durch das Symptomverhalten zugleich versteckt und dargestellt wird.

Diese Patienten sind darauf angewiesen, daß der Therapeut in seiner Funktion als Hilfs-Ich zunächst einmal erkennt, daß ihre existentielle Angst in einer realen Entstehungssituation, der präödiptalen und manchmal bereits der pränatalen Verlassenheit des Kindes begründet ist, d. h. die Antwort auf ein tatsächliches Defizit, eine wirkliche Entbehrung ist und nicht als Ausdruck eines intrapsychischen Konfliktes aufgrund unzureichend verdrängter Triebbedürfnisse interpretiert werden kann.

Erst wenn der Therapeut zu erkennen gibt, daß er bereit ist, die Lücke auszufüllen, welche die frühestkindliche Verlassenheit entstehen ließ, und als Hilfs-Ich das narzißtische Defizit des Patienten auszugleichen, erst dann kann der Ich-kranken Patient die therapeutische Situation als Ort einer nachholenden Ich-Entwicklung akzeptieren und es wagen, im Schutze der Therapie die Dynamik seines Übertragungs- und Symptomverhaltens zu analysieren.

Der Therapeut hat daher in diesen Fällen eine andere, weiterreichende Aufgabe als in der Neurosen-therapie. Er darf sich nicht von vornherein darauf beschränken, als Spiegel, als Projektionsleinwand und, wie *Freud* einmal gesagt hat, als eine Art interpretierender Chirurg zu fungieren. Er muß vielmehr direkt und aktiv in das Übertragungsgeschehen einsteigen und dem Patienten zu erkennen geben, daß er nicht in erster Linie daran interessiert ist, ihm sein Symptom zu nehmen, sondern daß er bereit ist, ihm jenseits des Symptomverhaltens bei der Abgrenzung und Bestimmung seiner eigenen Identität zu helfen.

Auch hier tritt meines Erachtens ein Unterschied zur Aufgabenstellung und Arbeitsweise der Neurosen-therapie hervor. Unter dem Aspekt der Identitätsbestimmung erscheint das neurotische Symptom als eine Störung. Vom Patienten wird es erlebt als ein Verhalten, das er mit seiner realen Identität nicht vereinbaren kann, und die Aufgabe der Therapie besteht dann darin, die intrapsychischen Konflikte zu analysieren, welche für diese Unvereinbarkeit verantwortlich sind.

Beim Ich-kranken Patienten ist das entscheidende Problem dagegen nicht die Unvereinbarkeit des Symptomverhaltens mit einer vorgestellten und realisierten Ich-Identität. Die Erfahrung, als Person im eigenen Recht da sein und existieren zu dürfen, fehlt dem Patienten. Die Therapie hat hier nicht die Aufgabe, ein störendes Symptom analytisch aufzulösen; sie muß vielmehr die Ich-Identität erst schaffen, die es dem Patienten ermöglichen kann, sein Symptomverhalten als Störung und als Problem zu erkennen und zu bearbeiten.

Erlauben Sie mir an dieser Stelle eine Bemerkung zu den wichtigen Beiträgen, die *Balint* (1968) in der Nachfolge von *Ferenczi* zu den hier angeschnittenen Problemen geliefert hat.

Ich meine seine „Theorie der Grundstörung“ und seine Vorschläge für eine vergleichsweise aktive Therapie dieser Störungen. *Balint* gibt in der Tat eine hervorragende Phänomenologie des symbiotischen Zustandes und der entsprechenden Übertragungsdynamik, und er betont mit Recht die aktiven Funktionen des Therapeuten in der „Herstellung und Aufrechterhaltung“ einer gesicherten und geschützten analytischen Situation, in der die aktiven Beiträge des Therapeuten über die bloße Interpretation zuweilen weit hinausgehen müssen. Ich meine aber, daß *Balint* trotz seiner klassischen Darstellungen der Ich-Regression der Grundstörung kein Konzept entwickelt hat, das die Entstehung und Veränderung dieser Zustände im Rahmen des interpersonellen und intrapsychischen Geschehens der Ich-Entwicklung deutlich macht. Irgendwie gewinnt man den Eindruck, daß er von dem Auftreten einer Grundstörungsdynamik — sie entspricht meines Erachtens genau dem, was ich als Psychodynamik des narzißtischen Defizits beschrieben habe — im Prozeß der Analyse überrascht wird. Jedenfalls spricht er davon, daß diese Dynamik meist in der Endphase der Analyse seiner Patienten hervortrete.

Nach meiner Erfahrung aber stellt sie gerade das Problem der Anfangsphase des therapeutischen Prozesses in der Behandlung der archaischen Ich-Krankheiten dar, an die sich erst dann eine eher neurotherapeutische Phase der Behandlung anschließt, wenn die primäre Ich- und Identitätsproblematik bearbeitet werden konnte.

Hier liegt meines Erachtens ein wichtiger Unterscheidungspunkt zwischen meiner und *Balints* Auffassung.

*Balint* versteht die von ihm als Grundstörung beschriebenen Zustände einer symbiotischen Übertragungsdynamik als Folge einer Regression im Zuge des therapeutischen Prozesses. Er gliedert sie damit letztlich in den Rahmen der Konfliktkonzepte ein, wie sie dem neurotherapeutischen Ansatz zugrunde liegen.



Nach meiner Auffassung aber bezeichnet die symbiotische Übertragungsdynamik nicht eine Stufe der Regression, was voraussetzen würde, daß eine bereits erreichte, weitergehende Entwicklung und Differenzierung der psychischen Instanzen und Funktionen regressiv entdifferenziert worden wäre. Nach meiner Erfahrung bezeichnet die symbiotische Übertragungsdynamik vielmehr, daß ein frühkindlich erworbenes narzißtisches Defizit bereits die gesamte psychische Entwicklung arretiert hat. Der Ich-krankte Patient ist nicht regrediert, er hat sich vielmehr gar nicht erst im Sinne einer psychischen Progression entwickeln dürfen. Dies bedeutet für die Therapie, daß sie nicht so sehr eine Wiederholung der Ich-Entwicklung ermöglichen muß, im Sinne der Umkehrung eines entdifferenzierenden regressiven Geschehens; sie muß vielmehr eine nachholende Ich-Entwicklung ermöglichen, in deren Verlauf das Symptomverhalten des Patienten durch neue und erstmals entwickelte psychische Strukturen und Funktionen ersetzt werden kann.

Mit diesen Bemerkungen möchte ich die Bedeutung der *Balintschen* Beiträge nicht verkleinern, die gerade im Rahmen eines integrierten Konzeptes der Ich-Entwicklung und ihrer Störungen im Medium der Gruppe Interesse gewinnen. Ich möchte aber doch auf die Gefahr hinweisen, die *Balint* bei aller phänomenologischer Reichhaltigkeit seiner Darstellungen meines Erachtens nicht deutlich genug gesehen hat, die Gefahr nämlich, in der Erforschung und Behandlung der archaischen Ich-Krankheiten das neurosensible Konzept letztlich doch beizubehalten und damit die entscheidenden Ich-strukturellen und gruppenspezifischen Besonderheiten, welche diese Krankheitsbilder in Genese und Dynamik von den Neurosen unterscheiden, zu vermischen.

Diese Unterschiede aber sind besonders wichtig für die Entwicklung erweiterter und differenzierter Formen der psychoanalytischen Behandlungstechnik.

*Freud* (1914) hat bekanntlich Ablauf und Ziel des neurosensiblen Prozesses mit den Worten „Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten“ beschrieben. In der Therapie der archaischen Ich-Krankheiten müssen wir diese Trias meines Erachtens um ein entscheidendes Stück erweitern. Hier muß es heißen: Wiederholen, Wiedergutmachen, Erinnern und Durcharbeiten, und zwar in dieser Reihenfolge, und ich meine, daß *Freud* nichts anderes im Auge hatte, als er davon sprach, daß wir außerhalb des Bereichs der klassischen Neurosensible „etwas anderes machen müssen als Analyse, was dann in der Absicht (und zwar in der therapeutischen Absicht, wie ich ergänzen möchte) wieder mit ihr zusammentrifft“ (*Freud*, 1925).

*The Narcissistic Deficit as a Problem of the Psychoanalytic Treatment — A Contribution to the Theory and the Practice of a Retrieval of Ego-Development*

Günter Ammon

The author deals with the problem of a psychoanalytic treatment for those patients, who because of their permanent mistrust against the analyst and their permanent incapacity to analyze their symptomatic behaviour seem to be unable to undergo an analysis. This behaviour must not be expounded from the first as a resistance or a negative therapeutic reaction, as it is often done from the point of view of the therapy of neuroses. It is often a sign of a special form of psychic illness which differs essentially from the neuroses, and which *Ammon* calls the archaic ego-illness. Among this term he summarizes the psychotic reactions of the schizophrenic and the borderline syndrome.

The specific symptomatic behaviour of these illnesses differs from that of the neuroses. It does not appear as the unconscious intrapsychic conflict between the psychic resorts, but rather as a substitute for a missing psychic structure. It serves as compensation for a severe structural damage of the ego-development which was acquired in the symbiotic phase of the early childhood and which, as a narcissistic deficit, as a "hole in the ego", arrests the patient's psychic development. In this sense the symptom has the important function to serve the patient from his archaic anxieties of being forsaken and the therapeutic treatment has to avoid direct analytic dissolution — which would possibly lead to a psychotic reaction or even to suicide — but to turn the symptom by communicating directly with the patient about his anxieties and by helping him to overcome them.

Thus the patient will slowly gain trust into the therapist, whose first interest is not to dissolve the symptom but to support the patient in finding and demarcating his own ego-identity. This process is to enable the patient to recognize his symptoms as a disturbance and a problem and to work them up. The therapeutic treatment itself thus produces the conditions for an analytic work.

In this context *Ammon* discusses *M. Balint's* (1968) concept of the basic fault. Unlike to *Balint* he understands the phenomenon of the "symbiotic transference" not as a regression within the therapeutic process, but as a significant mark for a narcissistic deficit, i. e. for a severe structural ego-damage. Therefore he postulates a distinct demarcation between the neuroses and the archaic ego-illnesses in theory as well as in therapeutic practice. While the therapeutic program for the neuroses since *Freud* (1914) could be expressed by the terms "to remember, to repeat, to work" through for the archaic ego-illnesses it must be "to repeat, to retrieve, to remember, to work through".

## Literatur

- Ammon, G.* (1969): Oralität, Identitätsdiffusion und weibliche Homosexualität. In: *Dyn. Psychiat.* (2) 63—82
- (1973a): Die Psychodynamik der Psychosen, der Symbiosekomplex und das Spektrum der archaischen Ich-Krankheiten. In: *Ammon, G.: Dynamische Psychiatrie* (Darmstadt: Luchterhand)
- (1973b): Das therapeutische Spektrum der Dynamischen Psychiatrie. In: *Ammon, G.: Dynamische Psychiatrie*, aaO.
- (1973c): Aggression und Ich-Entwicklung in der Gruppe. Ein Beitrag zur psychoanalytischen Aggressionstheorie. In: *Z. Psychother. med. Psychol.* (23) 61—72
- (1974a): Zur psychoanalytischen Theorie der psychosomatischen Erkrankungen. In: *Ammon, G.: Psychoanalyse und Psychosomatik* (München: Piper)
- (1974b): Einbeziehung der Gruppe in Forschung und Therapie. In: *Ammon, G.: Psychoanalyse und Psychosomatik*, aaO.
- Balint, M.* (1968): *The Basic Fault. Therapeutic Aspects of Regression* (London: Tavistock), dt. Ausg.: *Therapeutische Aspekte der Regression. Die Theorie der Grundstörung* (Stuttgart: Klett, 1970)
- Freud, S.* (1914): *Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten*. *Ges. W.*, Bd. X (London: Imago)
- (1925): Vorwort zu „*Verwahrloste Jugend*“ von *August Aichhorn*, *Ges. W.*, Bd. XIV, aaO.
- Stierlin, H.* (1971): Die Funktion innerer Objekte. In: *Psyche* (25) 81—99

## Ich-Spaltung in der Perversion\*\*

Ursula Keller\*

Die perverse Reaktion wird mit Ammon als ein Ausgang des ungelösten Symbiosekomplexes und damit als Form der archaischen Ich-Krankheiten gesehen. In der Darstellung eines Falles von Transvestitismus wird die Dynamik der Mutter-Kind-Beziehung herausgearbeitet, in der die Mutter aufgrund ihres eigenen narzißtischen Defizits ausschließlich den Körper des Kindes, den sie idolisiert und libidinös besetzt, akzeptieren kann. Andere Ich-Anteile bleiben defizitär, das Kind ist gezwungen, das Körpergefühl von dem übrigen Ich-Gefühl abzuspalten und diese Ich-Spaltung, die ihm den Kontakt zur Mutter ermöglicht, als internalisierte idolisierte Vorstellung von sich selbst auch später aufrechtzuerhalten. Das perverse Symptom wird als zwanghaft wiederholtes Bemühen einer Reparatur des Selbstes (Khan) verstanden. In der therapeutischen Symbiose, in der die Autorin mit den gesunden Ich-Anteilen des Patienten arbeitete, konnte die perverse Symptomatik aufgegeben werden, die von einer neurotischen Depression abgelöst wurde.

In den „Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie“ stellte *Freud* (1905) erstmals den engen Zusammenhang zwischen den Manifestationen der frühkindlichen Sexualität und der perversen Sexualität der Erwachsenen sowie neurotischen Fehlentwicklungen und der Psychose heraus. Dieser erste theoretische Ansatz, der die Perversion als ein Es-Phänomen behandelte, wurde im Zuge der strukturtheoretischen Entwicklung innerhalb der Psychoanalyse, insbesondere der Erforschung der funktionellen Aspekte des Ichs und seiner Abwehrmechanismen, erheblich modifiziert. *Freud's* entscheidender Beitrag ist die Erkenntnis der „Ich-Spaltung im Abwehrvorgang“ (1938 a), zu der er aufgrund seines Verständnisses der Ätiologie des „Fetischismus“ (1927) gelangte. Die perverse Abwehroperation der Ich-Spaltung rückt die Perversion nach *Freud's* Ansicht in die Mitte zwischen Neurose und Psychose, und zwar aus folgendem Grund: der mit der Ich-Spaltung verbundene Mechanismus der Verleugnung bezieht sich auf eine Störung der Beziehung des Ichs zur Außenwelt und hat somit psychotischen Charakter, während das Symptom, z. B. der Fetisch, den Charakter einer Kompromißbildung trägt, d. h. Ausdruck eines intrapsychischen Konfliktes ist und damit dem neurotischen Symptom vergleichbar ist. Auf den Kompromißcharakter der perversen Befriedigung hat auch *Hanns Sachs* (1923), einer der ersten Psychoanalytiker um *Freud*, der sich der Theorie der Perversion zuwandte, aufmerksam gemacht. Er kam zu dem Schluß, daß es sich in der Perversion um eine

\* Dipl.-Psych., Psychoanalytikerin, Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik (LFI) Berlin der DAP

\*\* Vortrag gehalten auf dem VI. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 9. bis 13. Juni 1974 über „Psychoanalytische Behandlungstechnik“ auf Schloß Weidenkam (Starnberger See bei München)

partielle Verdrängung eines schwachen Ichs handele. Die perverse Befriedigung stelle die Spitze eines Gebirgsmassivs, das sich unter der Meeresoberfläche hinzieht, dar. *Gillespie* (1956) weist unter anderem in seinem umfassenden Überblick über die Theorien der Perversion auf das Problem der Beziehung der Perversion zum Über-Ich hin, eine Frage, die *Freud* selbst nicht behandelt habe. Als allgemein gültiges Ergebnis der frühen Forschungsansätze kristallisiert sich die Erkenntnis heraus, daß es sich in der Perversion um eine Störung auf der prägenitalen Ebene handelt, charakterisiert durch die Primitivität ihrer Abwehrmechanismen (vgl. auch *Glover*, 1933; *Greenacre*, 1960; *Payne*, 1939)

Im Hinblick auf die Therapie war *Freud* der Meinung, daß die Perversion nicht oder nur begrenzt behandelbar sei. Diese Ansicht hat sich heute wesentlich geändert. Die psychoanalytische Ich- und Gruppenforschung begreift, wie *Ammon* (vgl. besonders 1973) es beschrieben hat, die psychische Entwicklung als ein interpersonelles Geschehen zwischen Individuum und umgebender Gruppe. Psychische Fehlentwicklungen sind Reaktionen auf eine jeweils in spezifischer Weise gestörte Interaktion zwischen dem sich entwickelnden Kind und der Mutter bzw. der Primärgruppe. Mit diesem Konzept werden auch die archaischen Ich-Krankheiten (*Ammon*, 1973, 1974) wie die psychotische Reaktion, die Borderline-Symptomatik, die sexuelle Perversion und psychosomatische Störungen verstehbar und behandelbar. Ich gehe in meiner Arbeit von dem Verständnis der sexuellen Perversion als einer archaischen Ich-Krankheit, in der besonders das Phänomen der Ich-Spaltung wichtig ist, aus und möchte anhand einer detaillierten Falldarstellung — es handelt sich um einen Transvestiten — folgende Bereiche behandeln:

- die Symptomatik,
- die Ätiologie sowie deren theoretische Erklärungsmöglichkeiten,
- die therapeutischen Konsequenzen, die sich aus den theoretischen Vorüberlegungen ableiten lassen.

### *Psychodynamik der Perversion*

Die spezifische Störung in der Interaktion von Mutter und Kind besteht in der Perversion darin, daß sich die Mutter allein auf den Körper des Kindes libidinös beziehen kann und diesen idolisiert. Sie ignoriert dagegen die wachsende Identität des Kindes. Dieses wird vielmehr wie ein libidinös besetzter Gegenstand behandelt, nicht aber als wachsende Persönlichkeit im eigenen Recht. Anstelle der allmählichen Differenzierung und einer flexiblen Abgrenzung nach innen und außen durch die liebevolle Zuwendung und Unterstützung durch die Mutter tritt eine Abspaltung weiterer Erfahrungsbereiche im Ich und eine Verleugnung der entsprechenden Erfahrungsbereiche in der Realität ein.

Diese Bereiche sind erfahrungsunfähig und daher Ich-fremd. Es entsteht das von *Ammon* so plastisch formulierte „Loch im Ich“, ein narzißtisches Defizit. Das Kind bleibt in diesen unstrukturierten Bereichen in einer diffusen Abhängigkeit von undifferenzierten Objekten, von denen es nicht gelernt hat, sich abzugrenzen. Eine archaische Identitätsangst, die sich im Verlauf der psychosexuellen Entwicklung als internalisiertes Identitätsverbot fixiert, ist nach *Ammon* (1973) charakteristisch für das Leben des Perversen. Der Ich-Spaltung, d. h. der verinnerlichten Vorstellung eines idolisierten Selbstes, entspricht eine ebenso unvollständig bleibende Objektvorstellung. So kann die Identifikation mit dem Objekt als einer stabilen inneren guten Mutter nicht gelingen. Identifikation und Projektion sind die wesentlichen Mechanismen, die die symbiotische Interaktion von seiten des Kindes her bestimmen und über einen gelingenden Ausgang der Symbiose entscheiden. Der Aufbau und die Besetzung der Ich-Grenzen im Sinne der *Federnschen* Ego-Cathexis (*Federn*, 1952) bleiben lückenhaft, weil kein zufriedenstellendes Bild der verfügbaren Erfahrung vorhanden ist. Der verinnerlichte, ungelöste Symbiosekomplex, den *Ammon* als das entscheidende Merkmal der archaischen Ich-Krankheiten herausgearbeitet hat, wird zwanghaft durch die Symptomatik wiederholt.

### *Falldarstellung*

Ein 30jähriger Buchhändler, der unter dem Symptom des Transvestitismus litt, kam in die Therapie, als seine Frau nach siebenjähriger Ehe ihr erstes Kind erwartete. Der Patient, der sich sehr auf das Kind freute, hatte große Sorgen, daß es unter seinem zwanghaften Symptom, sich als Frau verkleiden zu müssen, leiden könne. In den letzten drei Jahren hatte er mehrfach versucht, therapeutische Hilfe zu finden. In einem Fall lehnte der Therapeut die Behandlung ab, ein anderes Mal ging der Patient von sich aus weg, weil er keinen Kontakt herstellen konnte.

Der Transvestitismus, d. h. vor allem die ständige Angst davor, daß etwas herauskommen könnte, beeinträchtigte sein Leben immer mehr. Sein Symptom empfand er als unangenehm und ekelhaft, fühlte sich jedesmal leer und traurig und hatte des öfteren ernsthafte Selbstmordabsichten. Das perverse Verhalten kam ihm vor wie ein Anfall, der ihn überwältigte: „So als wenn plötzlich der Wecker klingelt, ein nervöses Gefühl am ganzen Körper entsteht, und dann muß ich es machen.“ In seiner transvestitischen Verkleidung bevorzugte er bunte Farben, die er nach ästhetischen Gesichtspunkten zusammenstellte, langhaarige Perücken und hochhackige Schuhe. Das Umziehen und Schminken ging mit perfektionistischer Sorgfalt vor sich. Häufig assistierte ihm die Ehefrau, die er als



tolerant und verständnisvoll seinem abnormen Verhalten gegenüber beschrieb. Er ging dann allein oder manchmal mit seiner Frau — wie zwei Freundinnen — auf nicht allzu belebten Vorstadtstraßen spazieren und phantasierte dabei, von Männern angesprochen zu werden und mit ihnen zu flirten. Bei den gemeinsamen Spaziergängen verleugneten beide die psychische Realität der Situation, schwiegen oder sprachen über alltägliche Dinge. Nach einer Weile forderte sie ihn dann auf zurückzukehren. Zu Hause zog sich die Frau zurück, während er vor dem Spiegel onanierte. Anfangs fühlte er sich erleichtert, dann aber bekam er starke Schuld- und Ekelgefühle. In der letzten Zeit waren diese so groß geworden, daß die einzige Entlastung darin bestand, sich von seiner Frau auspeitschen zu lassen.

Der Patient machte den Eindruck eines psychisch und physisch erschöpften Menschen. Er fühlte sich immer mehr bedroht von der Vernichtung seiner sozialen Existenz, die er als diffuse Angst erlebte, und versuchte abzuwehren, indem er sein Leben zwanghaft aufteilte in Beruf, ein zurückgezogenes Privatleben und sein Hobby. In diesen voneinander weitgehend isolierten Bereichen war sein Verhalten sehr angepaßt. Davon abgespalten existierte ein zweites Leben in der perversen Interaktion, die angstvoll geheimgehalten werden mußte. Es wurde deutlich, daß ein erheblicher Teil seiner psychischen Energien in einer ständigen Angstabwehr und dem überstarken Kontrollbedürfnis einerseits und andererseits in der rituellen Vorbereitung und Durchführung seiner perversen Handlung gebunden waren. Charakteristisch für sein Leben war ein bereits seit der Kindheit sich häufig einstellendes gespaltenes Ich-Gefühl. Der Patient erlebte sich als gleichzeitig in mehreren Rollen fungierend und dabei neben sich stehend und beobachtend. Dieser gesplattene Ich-Zustand wiederholte sich in zahlreichen Träumen, die er während der Therapie berichtete. Auffallend war zu Beginn der Behandlung die farblose anonyme Kleidung in seinem alltäglichen, normalen Leben, im Gegensatz zur Buntheit seiner transvestitischen Verkleidung.

Zu seiner Lebensgeschichte machte er folgende Angaben: Nach 13jähriger Ehe wurde er als erstes und einziges Kind geboren. Die Mutter war Tänzerin, sie gab ihren Beruf mit Beginn der Schwangerschaft auf und kümmerte sich nur noch um ihr Kind. Der Patient beschrieb die Mutter als egozentrisch, herrschsüchtig, dominierend. Sie habe ihn geschlagen. Demgegenüber charakterisierte er den Vater als gefühlvoll, weich und manchmal unkontrolliert jähzornig. Er meinte, die Mutter habe ein Kind gebraucht nur so zum Zeitvertreib und um zu beweisen, daß sie eine perfekte Frau sei. Der Vater, der als Produktionsleiter beim Film arbeitete, war häufig verreist und spielte in den Erinnerungen des Patienten bis zur Pubertät eine unbedeutende Rolle. Später identifizierte er sich mit den Interessen des Vaters und arbeitete mehrere Jahre beim Theater.

Jedesmal wenn er erfolgreich war, wechselte er den Arbeitsplatz. Heute betreibt er die Film- und Theaterarbeit als Hobby in einem Amateur-Filmclub, der wesentlich auf seine Initiative hin gegründet worden ist.

Die enge Verbundenheit mit der Mutter äußerte sich unter anderem darin, daß er bis zur Pubertät zusammen mit der Mutter im Ehebett schlief. Später, als der Vater häufiger zu Hause war, zog er von einem Tag zum anderen in das Zimmer des Vaters. Mit 21 Jahren ging er dann aus Protest gegen die ständigen Einmischungen der Mutter in sein Leben von zu Hause weg und heiratete wenige Monate später. Er flüchtete sich sozusagen in eine Ersatzsymbiose.

Als Kind war der Patient fest davon überzeugt, daß die Eltern, besonders aber die Mutter, sich ein Mädchen gewünscht hätten und daß er dieses Mädchen sein müßte. Als er mit etwa drei Jahren mit seinen Verkleidungen begann, ignorierten die Eltern sein Verhalten. In Gebeten zum lieben Gott, der alles wisse und sehe, beklagte er sich bitter über die harteherzige Mutter und hatte große Angst, daß sie seine Gefühle bemerken könnte. Später hat er sich intensiv mit Zauberkünsten beschäftigt, wie man die Aufmerksamkeit der Zuschauer so ablenken könne, daß sie nicht merken, was wirklich passiert. Seine Welt als Kind existierte in Träumen und Phantasien. Die Mutter hatte ihm keinen Platz für eigene Spiele gelassen bzw. diese überhaupt nicht verstanden, sondern häufig unterbrochen und fordernd im Sinne ihrer eigenen Bedürfnisse eingegriffen. Der Patient berichtete, sie habe ihn nur lieb gehabt, wenn er sich so artig und sauber wie ein Mädchen verhielt.

Die hier beschriebene pathologische Dynamik in der frühen Mutter-Kind-Beziehung läßt sich am treffendsten mit dem Ausdruck von *Masud Khan* (1968) beschreiben, dem Kind als „Dingschöpfung“ der Mutter. Ich möchte an dieser Stelle zum besseren Verständnis der psychodynamischen Entwicklung meines Patienten einen Exkurs in die Theorie der Perversion, wie *Ammon* (1973) sie entwickelt hat, einfügen. Die pervers machende Mutter behandelt und akzeptiert ihr Kind nicht als eine wachsende Persönlichkeit mit eigenen Initiativen, sondern sieht in ihm vielmehr eine von ihr hervorgebrachte Dingschöpfung, die von ihr idolisiert und libidinös besetzt wird. Die intensive Sorge um das körperliche Wohlergehen und um die Sauberkeit, das reibungslose Funktionieren, trägt einen unpersönlichen Charakter. Um die lebenswichtige Zuwendung der Mutter aufrechtzuerhalten, wird das Kind gezwungen, sein Körpergefühl von den übrigen Ich-Bereichen abzuspalten. (*Ammon*, 1973; *Khan*, 1968, 1972; *Greenacre*, 1960). Der Körper des Kindes ist die einzige Brücke zur Liebe der Mutter. *Khan* sieht darin eine verstümmelte Kommunikation. Das Kind lernt diese Ich-Spaltung, die ihm den Kontakt zur Mutter ermöglicht, zu tolerieren und internalisiert eine partielle idolisierte Vorstellung von sich selbst. So beschrieb mein Patient z. B.,

daß er in seiner Kindheit, wenn er sich beim Spielen verletzt hatte, keine Schmerzen empfinden konnte. Erst wenn die Mutter sich aufgeregt und ängstlich um die Beschädigung seines Körpers kümmerte, realisierte er, daß etwas mit ihm nicht in Ordnung war, oder wurde bei schwereren Verletzungen ohnmächtig. Darin zeigt sich eindrucksvoll der undifferenzierte Ich-Zustand und die zugrundeliegende tiefe Angst vor der körperlichen Auflösung, die einer Vernichtung gleichkommt. Die Dynamik der pervers machenden Mutter-Kind-Beziehung, in der die Mutter aufgrund ihres eigenen narzißtischen Defizits das Kind als perfektes Abbild von sich selbst idolisierte, führte im Falle meines Patienten dazu, daß er versuchte, mit dem Symptom des Transvestitismus diesen Anspruch zu erfüllen. Dabei ist es interessant, die verschiedenen Aspekte dieser Symptomatik zu betrachten. Bezogen auf die archaische Ebene der Ich-Entwicklung bedeutet die Verkleidung als Frau die illusionäre Wunscherfüllung, eins zu sein mit der Mutter, sich völlig zu unterwerfen, um so der Angst vor Trennung und Verlassenwerden zu entgehen.

Die angstvolle Ambivalenz dieses Erlebnisses drückt sich in einem Traum aus, den der Patient im Anschluß an eine Therapiesitzung träumte: „Die Erinnerung an den Traum ist wie ein Streiflicht. Ich flüchtete auf einer langen Straße in die Ödnis. Verfolgt werde ich von mir selber in Verkleidung und fürchterlich überschminkter und verzerrter Maske. Ich habe das Gefühl, wenn mich der (die) andere erreicht, geschieht etwas Furchtbares. Zwei bis dreimal kommt die Fratze ganz nah auf mich zu, wie mit der Technik der Gummilinse im Film. Dabei habe ich die ganze Zeit das Gefühl ‚Mutter‘. Das klingt wie ein Ton, der die Szene untermalt. Aber nicht als Hilfe, sondern als Furcht.“

Dieser Traum macht die Dynamik der perversen Ich-Spaltung besonders deutlich. Das perverse Ich, die in der transvestitischen Aktion verkörperte und abgewehrte Mutter, verfolgt das überangepaßte pseudo-normale Ich; wenn beide Ich-Hälften zusammentreffen, „geschieht etwas Furchtbares“. Der Transvestitismus erscheint hier als paranoide Abwehr der verfolgenden Mutter.

Der mehr ödipale Anteil des Symptoms besteht in der Verleugnung der Kastrationsangst, indem sich der Patient in seiner Verkleidung mit der phallischen Mutter mit Penis identifiziert. Außerdem ermöglicht die Verkleidung das Ausleben des Wunsches, Mann und Frau gleichzeitig zu sein, der sich auch in mehreren Träumen des Patienten manifestiert und seine sexuelle Identitätsdiffusion verdeutlicht.

In der Zeit der Schwangerschaft seiner Frau identifizierte er sich sehr stark mit allen Aktivitäten und Sorgen einer werdenden Mutter und konnte seinen Transvestitismus sozusagen in einer realen Situation ausleben. Er besuchte einen Säuglingskurs, informierte sich über die Säuglingspflege und -ernährung, beteuerte seiner Frau gegenüber immer wie-

der, daß Flaschennahrung genauso gut sei wie das Stillen, und konkurrierte nach der Geburt des Sohnes heftig mit ihr, wobei er sich selbst als die bessere Mutter erlebte. Wenn er seinem Sohn die Flasche gab, zog er sein Hemd aus, um einen engen Körperkontakt herzustellen. Der intensive Wunsch, ein eigenes Kind zu haben, ist auch als ein Bemühen anzusehen, sich mit einer neuen Identität auszustatten, eine „psychologische Geburt“, wie der Patient sein Verhalten interpretierte, eine Schöpfung seines eigenen idealen Ichs. So wie die Mutter sich eine Tochter gewünscht hatte, wollte der Patient einen Sohn.

All diese Bemühungen in der perversen Interaktion tragen den Charakter einer, wie *Khan* (1968) in der Nachfolge der *Winnicott*schen Theorie es formuliert hat, „Reparation des Selbstes“, das als ein „idolisiertes inneres Objekt“ in der perversen Aktion wiederhergestellt werden soll. Die versuchte Reparation wird nicht im Sinne von *M. Klein* (1932) als eine Neutralisierung oralsadistischer Impulse aufgefaßt, sondern als die verstümmelte Manifestation eines primär konstruktiven aktiven Beitrages des Kindes in der Kommunikation mit der Mutter. Dieser Ansatz kommt dem von *Ammon* (1970, 1972) entwickelten Konzept der primär gegebenen Ich-Funktion der konstruktiven Aggression und Kreativität sehr nahe. *Khan* bezeichnet den Beitrag des Kindes als „nursing of self and object“, der jedoch von der Mutter und der umgebenden Primärgruppe nicht adäquat verstanden und behandelt wird. Ich möchte damit die Falldarstellung und ihre theoretische Durchleuchtung abschließen und zum therapeutischen Verlauf übergehen.

### *Theoretische Überlegungen zur therapeutischen Technik*

Vorauszuschicken ist, daß es sich im Falle meines Patienten um eine benigne Form der Perversion handelt. Kennzeichnend für die benigne Perversion ist die ständige Suche nach einem guten, liebenden Objekt, was sich darin ausdrückt, daß eine ästhetisch ansprechende Form der Verkleidung gewählt wird. In der malignen Form dagegen überwiegt das destruktive Moment sowohl gegenüber dem Partner-Komplizen oder dem Fetisch wie auch gegen sich selbst. In der Verkleidung wird die Mutter feindselig karikiert dargestellt.

Das Ziel der Therapie der archaischen Ich-Krankheiten besteht darin, im Rahmen der nachholenden Ich-Entwicklung das zersplitterte und lückenhafte Ich zu reintegrieren und den Patienten bei seiner Identitätsentwicklung zu unterstützen (*Ammon*, 1973). Anders ausgedrückt geht es darum, das schwache Ich mit Affekten zu besetzen, dadurch Ich-Grenzen herzustellen und sie Schritt für Schritt zu erweitern. Dem Patienten soll geholfen werden, aus seinem gespaltenen Ich-Gefühl ein wirkliches Ich-Gefühl, als Ausdruck eines kontinuierlichen psychischen Erlebnisses zu

entwickeln. Das Symptom selbst, das wegen des damit verbundenen Lustgewinns der orthodoxen Analyse als Grund galt, perverse Patienten als therapieresistent anzusehen, tritt nach unserem theoretischen Ansatz zunächst in den Hintergrund. Das perverse Symptom stellt am Anfang der Therapie die eigentliche — wenn auch pathologisch arretierte — Identität des Patienten dar und darf nicht direkt angegangen werden. Der Therapeut muß versuchen, sich auf die nicht perversen Ich-Anteile zu stützen, um ein therapeutisches Bündnis herzustellen. Erst wenn im Rahmen dieser therapeutischen Atmosphäre ein Stück nachholender Ich-Entwicklung, d. h. der kontinuierlichen Zufuhr von „external narcissistic supplies“ (Fenichel, 1946) durch den Therapeuten gelungen ist und die Ich-Identität über das Symptom hinausreicht, wird es möglich, dieses Ich-fremd und schließlich unnötig zu machen. Eine besondere Technik in der Therapie der Perversionen ist die von Khan (1968) beschriebene Einführung einer imaginären dritten Person, die zum Symptomträger wird, und über die Therapeut und Patient kommunizieren können, ohne direkt die Symptomatik anzusprechen. Die dritte Person erlaubt, analog der Einbeziehung eines dritten Objektes z. B. in der Schizophrenietherapie, die Dimension der Nähe und Distanz flexibel zu gestalten.

### *Therapeutischer Verlauf*

Die Behandlung begann vor etwa drei Jahren. Die Anfangsphase war dadurch kennzeichnend, daß der Patient ängstlich und unter großem Druck seine Lebens- und Leidensgeschichte wortreich darstellte. Allmählich trat eine Beruhigung ein. Er freute sich auf die Sitzungen und erlebte mich als die gute Mutter, die zuhört, versteht und unterstützt. Die Übertragungsdynamik zeigte sehr schnell ein splitting: Während er mich als das gute Objekt nahm, konnte er sich mit der realen Mutter, mit der er damals noch Kontakt hatte, auseinandersetzen, Haß, Verachtung und seine destruktiven Phantasien äußern. Kurz nach der Geburt seines Sohnes hat er den Kontakt zu seiner Mutter völlig abgebrochen, nachdem es zu einem dramatischen Ereignis gekommen war. Die Mutter des Patienten war zu Besuch und wollte in seiner Gegenwart den Körper des Sohnes anfassen und anordnen, wie man das Baby zu pflegen habe. Der Patient geriet außer sich vor Wut, wollte seine Mutter erwürgen und war nur mit Mühe von seiner Frau davon abzuhalten. Noch am selben Abend bat er um eine Sitzung. Er wirkte aufgelöst, sein Gesicht war entstellt und angeschwollen und er weinte verzweifelt. Der aggressive Ausbruch und Kontrollverlust der Mutter gegenüber hatte ihn tief erschüttert. Im Anschluß an dieses kathartische Erlebnis brachte er eine Reihe von Träumen, deren Inhalte durchweg sehr zerstörerisch und masochistisch waren. Er hatte große Angst vor diesen Träumen und wollte sie nicht als zu sich gehörig begreifen. Einen vorläufigen Abschluß dieser Traumserie bildete

ein Traum, in dem er mit mir im Therapiezimmer war, plötzlich auf den Rücken fiel, nicht mehr sprechen konnte, Schaum vor dem Mund hatte und sich von mir erdrückt fühlte. Er verglich diesen Zustand mit einem epileptischen Anfall. Ebenso anfallsartig erlebte er seine Verkleidungsszenen.

In dieser Zeit mußte ich ihm eine bevorstehende Reise ankündigen. Im Zuge der Durcharbeitung seiner Ängste und Aggressionen im Zusammenhang mit der Trennung wurde eine tiefe Angst vor dem Verlassenwerden deutlich. Der Patient verschloß sich immer mehr und trat den paranoiden Rückzug an. Einige Wochen später begann auch die Ehefrau eine Therapie. Seit dieser Zeit entzog sie sich ihm als Partner-Komplizin. Die abrupte Veränderung im Verhalten seiner Frau, die er lange verschwieg, hatte ihn äußerst verunsichert. Die aufkommenden destruktiven Aggressionen wehrte er durch Verleugnung ab. Er begann zu intellektualisieren, erfand phantasievolle Geschichten mit einem bisweilen sarkastischen Humor. Er selbst zeigte jedoch keinerlei gefühlsmäßige Beteiligung, beobachtete und kontrollierte alle meine Reaktionen und erlebte mich zeitweilig wie eine Zwillingschwester bzw. sein Spiegelbild. Ich hatte den Eindruck, er wollte mich, so wie früher seine Mutter, bei guter Laune halten.

Hierin manifestierte sich das spezifische Übertragungsbedürfnis des Patienten, nämlich das Bestreben, die idolisierte Mutter-Kind-Symbiose wiederherzustellen. Während dieser Zeit berichtete er über eine Reihe von Zwangsritualen, die er abends vor dem zu Bett-Gehen vollzog, und betonte immer wieder, daß es ihm gut gehe. Er richtete sich eine neue, größere Wohnung ein, kaufte viele Sachen, die er kaum bezahlen konnte. Dabei machte er den Eindruck eines gehetzten, erschöpften Menschen.

In meiner Gegenübertragung bemerkte ich, daß es dem Patienten gelungen war, mich ein Stück weit in die Faszination seiner Geschichten, Gedanken und Träume hineinzubeziehen. Ich bestätigte ihn sehr stark. Gleichzeitig spürte ich deutlich die ständig wachsende Angst des Patienten. Nachdem ich meinen Eindruck und meine Gefühle beschrieben und interpretiert hatte, löste sich die Verkrampfung. Er begann über die veränderte Beziehung zu seiner Frau zu sprechen. Zeitweilig überfiel ihn große Angst, daß seine Frau ihn oder umgekehrt er seine Frau verlassen könnte. Diese Vorstellung löste in ihm ein Gefühl völliger Leere aus, er drohte vorübergehend in einen Zustand tiefer Depression psychotischen Charakters zu fallen.

In dieser Phase der Therapie kam es darauf an, den Patienten aus der pathologischen Symbiose mit der Ehefrau zu befreien, indem ich ihm ermöglichte, mit mir eine therapeutische Symbiose (*Searles, 1958*) einzugehen, in der ich mich verständnisvoll dem Symptom gegenüber verhielt, jedoch im Gegensatz zur Ehefrau nicht mitagierte. Ich versuchte mehr



und mehr, die sexuellen Phantasien und Aggressionen auf mich zu ziehen, um dadurch einen Teil der libidinösen Besetzung aus der perversen Ersatzsymbiose abzuziehen. Der Patient entzog sich immer wieder, indem er die gefährlich werdenden Wünsche und Aggressionen mir gegenüber verleugnete. Sein Ich-Interesse an mir war die Beibehaltung der idolisierten, als lustvoll erlebten Objektbeziehung, in der ich die verstehende, bewundernde Mutter sein sollte.

Als Kommunikationsmedium im Sinne des dritten Objektes dienten besonders die für den Film-Club geschriebenen Drehbücher und Kurzgeschichten, in denen er die verschiedensten Aspekte seiner inneren psychischen Realität ausdrückte und ähnlich dem manifesten Trauminhalt mit einer Geschichte verkleidete. Titel solcher Arbeiten waren z. B. „Ein morscher Baum trägt keine guten Früchte“, „Zwei Apfelsinen im B. H.“, „Gefangen“, „Außen“. Nachdem ich mich anfangs mehr auf die primärprozeßhafte Ebene in der Kommunikation über seine Geschichten eingelassen hatte, lenkte ich jetzt die Aufmerksamkeit auf den Realitätsgehalt seiner Arbeit, interessierte mich für die technische und organisatorische Durchführung der Filmproduktion, seine Stellung und Identität im Film-Club und bestärkte ihn in den realen Aktivitäten seiner Arbeit. Der Patient reagierte darauf, daß ich seine berufliche Arbeit und seine Interessen ernstnahm, mit großer Erleichterung, fühlte sich verstanden, wurde selbstsicher und nahm seine berufliche Identität ein Stück weit an. Auch in seiner äußeren Erscheinung trat eine Veränderung ein. Er gestattete sich farbige Hemden und Pullover, Gürtel und Schuhe mit etwas Absatz zu tragen. Darin war ein erster Ansatz zu sehen, seine transvestitischen Neigungen nicht mehr als völlig abgespalten zu erleben. Er begann, sein Verkleidungszeremoniell, das ihm allmählich wie ein Fremdkörper vorkam, zu variieren. Nach dem Wohnungswechsel hatte er zunächst eine Zeitlang für seine Verkleidungsaktionen die alte Wohnung beibehalten. In der vertrauten Umgebung zog er sich um und lief durch die Straßen. Dabei fühlte er sich sehr einsam und leer, weil die Wohnung ohne Möbel war, und vor allem seine Frau dort nicht auf ihn wartete. Eines Tages bat er seine Frau, sich für ihn seinen Anweisungen entsprechend zurechtzumachen. Sie mußte sich einen Strumpfgürtel, Strümpfe und einen B. H. anziehen, vor ihm im Zimmer auf und ab gehen, während er sie betrachtete und anschließend beinahe vergewaltigte. Er erlebte dabei eine tiefe Befriedigung und Entspannung. Dies geschah, nachdem er mehrfach von seinen Wünschen, zu Prostituierten zu gehen, gesprochen hatte. Der Patient empfand die Veränderung menschlicher, weil er dabei nicht so allein war. Die Angst vor der Abhängigkeit von seiner Frau, vor allem davor, daß sie ihn verlassen könnte, wuchs allerdings. Als sie ohne ihn zu einem Betriebsfest ging und später als verabredet nach Hause kam, brach er völlig zusammen, glaubte, sein Herz würde versagen. Am näch-

sten Tag kam er ziemlich aufgelöst zu mir. Ich forderte ihn im Verlauf dieser Sitzung auf, sein sexuelles Ausagieren soweit wie möglich einzuschränken. Diese von mir gesetzte Grenze nahm er sofort auf.

Die zuletzt beschriebene Entwicklung ist die Vorbereitung zum Wendepunkt der Therapie, nämlich der Aufgabe des Symptoms, die im Verlauf der folgenden zwei Monate geschah. Die Auflösung seiner perversen Identität als Transvestit und die allmähliche Integration der abgespaltenen Ich-Anteile führte zu äußerst dramatischen Erlebnissen in der Therapie und brachte ihn bis an den Rand des Selbstmordes. Der Patient hatte mit Hilfe seines Symptoms seine psychischen Realitäten, wie die tiefe Lebensangst, seine negativistische Einstellung sich selbst und anderen Menschen gegenüber und die ambivalente Abhängigkeit von seiner Frau verleugnet. Nun begann er die diffuse Angst und seine destruktiven Aggressionen bewußter zu spüren. Er beschrieb den Prozeß der Konfrontation mit seinem wahren Selbst eindrucksvoll in einem ihn immer häufiger überkommenden Gefühl, was er noch nicht verstehen konnte, nämlich vor einer Gumm wand zu sitzen oder in einen Spiegel zu schauen und nicht heran zu können, immer in Distanz bleiben zu müssen. Dabei empfand er eine ihn zu überwältigen drohende Angst vor der Nähe und vor einer Entscheidung. Zu einem dramatischen Höhepunkt kam es, als er in einer der folgenden Sitzungen einen, wie er es nannte, Anfall erlebte. Sein Körper begann zu zittern, er fror und die Glieder schmerzten. Er hatte das Gefühl, der Magen werde zu Stein, die Atemwege schnürten sich zu, so daß er furchtbare Angst hatte, zu ersticken. In der therapeutischen Beziehung, in der er sich akzeptiert und angenommen fühlte, konnte er zum ersten Mal seine Todesangst bewußt erleben und verbalisieren. Allmählich beruhigte er sich und konnte mit meiner Hilfe wieder zur Realität zurückkehren.

Kurz nach diesem Ereignis fuhr seine Frau für vier Wochen zur Kur. Der Patient war erstmalig während seiner Ehe solange allein. Gestützt auf den engen therapeutischen Kontakt gelang es ihm in dieser Zeit, eigene Pläne zu machen, sich den Tag einzuteilen und Freunde zu besuchen. Insgesamt fühlte er sich verhältnismäßig wohl und kümmerte sich verantwortungsvoll und liebevoll um seinen Sohn. Immer wieder stellte er sich die Frage, ob es ihm gelingen könnte, sich aus der Abhängigkeit von seiner Frau zu lösen, ob er eine Trennung überleben würde. In dieser Auseinandersetzung kam ihm die Ehefrau zuvor. Noch am Tage ihrer Rückkehr teilte sie ihm mit, sie wolle sich von ihm trennen. Der Patient reagierte auf diesen abrupten Bruch mit manifesten Selbstmordabsichten. Er schrieb Abschiedsbriefe an den Sohn, seine Frau und den letzten an mich. Dann rief er mich jedoch an und sagte, er sei im Begriff, zu erfrieren und abzusterben. Noch am selben Abend brachte ich ihn in eine Klinik, in der er drei Monate auf einer offenen Station blieb. Die Therapie wurde wei-

tergeführt. Der Patient empfand für seine Frau einen abgrundtiefen Haß und hatte Angst davor, sie umzubringen, so daß er zunächst nur indirekt über mich Kontakt zu ihr und zu seinem Sohn hatte. In der Klinik hingegen kümmerte er sich fürsorglich um andere Patienten, schloß schnelle Kontakte und versuchte, seine Depression durch Flucht in die Aktivität zu überbrücken. Er berichtete stolz, daß er dort das anwende, was er von mir gelernt habe. In dieser vorübergehenden Phase der Identifikation mit mir versuchte ich durch die Betonung der Realität seiner Zukunftsperspektive und der Herstellung von Außenkontakten ihm bei der Abgrenzungsarbeit von mir zu helfen und ihn auf die Entlassung aus der Klinik vorzubereiten. Einige Wochen nach der Entlassung kam es zu einer Versöhnung mit seiner Frau. Dem war ein gemeinsames Gespräch mit der Ehefrau, deren Therapeutin, dem Patienten und mir vorausgegangen. Sie hatten sich auch ihres Kindes wegen entschieden, zunächst zusammenzubleiben, und mit Hilfe der jeweiligen Therapie die Trennungsproblematik zu bearbeiten.

Gegenwärtig führt der Patient ein Leben, das er als verhältnismäßig ruhig und etwas gleichförmig bezeichnet. Die ekstatischen Höhepunkte seiner perversen Aktionen sind weggefallen. An ihre Stelle ist eine gewisse Trauer und Depression getreten, was man als Ausdruck einer Trauerarbeit um den Verlust des perversen Objektes verstehen kann. Das ist der gegenwärtige Stand der Therapie, mit dem ich die Falldarstellung abschließen möchte.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß im Sinne des eingangs erwähnten Ziels in der Therapie der archaischen Ich-Krankheiten ein Stück nachholender Ich-Entwicklung gelungen ist. Das gegenwärtige Krankheitsbild hat sich auf dem gleitenden Spektrum (Ammon, 1973), dessen einen Pol die archaischen Ich-Krankheiten und den anderen die neurotischen Erkrankungen bilden, mehr in Richtung einer neurotischen Depression verschoben. Die therapeutischen Ziele für die Zukunft bestehen in dem Bemühen, den erreichten Stand der Ich-Identität entsprechend dem kreativen Potential des Patienten zu erweitern und ihm zu einer freieren, unter der Herrschaft des Ichs stehenden sexuellen Entwicklung zu verhelfen.

### *Ego-Splitting in Perversion*

Ursula Keller

The author discusses the phenomenon of ego-splitting in the perverse reaction as an archaic ego-illness. Freud (1938) had understood the perverse defense-mechanism of ego-splitting as a psychic illness in the middle between neurosis and psychosis — the denial in the perversion has a psychotic character, the fetish is an expression of an intrapsychic conflict like that of a neurosis. In opposition to Freud who considered the perversion as inaccessible to therapeutic treatment, the Dynamic Psychiatry

sees the perverse reaction as an understandable illness open to analytic treatment: the contemporary psychoanalytic ego- and group research views the psychic development as an interpersonal process between the growing child and the mother respectively the primary group. A serious disturbance of this interaction between child and primary group damages the ego development of the child, resulting in archaic ego-illness in form of a narcissistic deficit of the ego.

In the perversion the specific disturbance in the mother-child-relation is caused by the mother's inability to occupy libidinally any other part of the child besides its body. Ignoring the growing identity of the child, the mother treats it like a libidinal object but not as a growing personality in its own right. Instead of gradual differentiation and formation of flexible ego-boundaries against its instinctual world and against the external world, the child splits off certain experiential areas of the ego and negates the equivalent parts of the reality. Thus a structural ego-deficit, a "hole in the ego" (*Ammon, 1972*) comes into being.

The child remains in a diffuse dependency from undifferentiated objects having not learned to demarcate its ego-boundaries. An archaic identity anxiety and ego-splitting are characteristics of a perverse. Having internalized the idea of an idolized self, he is unable to leave the natural symbiosis by means of identification and projection.

In her case study the author describes the perversion of an 30-year-old bookseller who suffered from transvestism. He had splitted his life in two spheres, the official adaptive life with job and hobbies and on the other hand his perverse interaction, which he kept anxiously secret, spending a great part of his psychic energy on the ritualistic preparation and conduct of his perverse acts. Since his childhood his life had been characterized by a splitted ego-feeling expressed also in numerous dreams during his therapy.

In reaction to the attitude of his mother he developed the feeling that his mother would accept him only as girl. The perverse-making mother treats the child as an object and cares only for its bodily functions. In order to maintain the vital attention of the mother, the child learns to split his body-feeling from the other parts of the ego and it develops thus an idolized idea of itself. In the presented case the patient tried to react to the idolization of his mother through his transvestism. On the archaic level of ego-development transvestism meant for him the illusory fulfillment of his wish to be one person — he and his mother. The perverse interaction is therefore a "reparation to the self as an idolized object" (*Khan 1968*) — a crippled manifestation of a primarily constructive aggression in the communication with the primary group.

The therapeutic technique of the archaic ego-illness aims at the reintegration of the deficitary ego in the process of a retrieval of ego-deve-

lopment. Neglecting the perverse symptom during the first phase of treatment, the analyst supports the development of a real ego-feeling by using the non-perverse parts of the patient's ego for the therapeutic communication.

The therapy opened the patient an exit out of his pathological symbiosis with his wife and — by dissolving his perverse identity — it led to the confrontation of the patient with his true self, his diffuse anxiety and aggressive feelings which he had denied by means of the perverse symptom. Thus his perverse reaction changed into a neurotic depression.

## Lietratur

- Ammon, G.* (1970): Gruppendynamik der Aggression (Berlin: Pinel-Publikationen)  
 —, Hrsg. (1972): Gruppendynamik der Kreativität (Berlin: Pinel-Publikationen)  
 —, (1973): Dynamische Psychiatrie — Grundlagen und Probleme einer Reform der Psychiatrie (Darmstadt/Neuwied: Luchterhand)  
 —, (1974): Psychoanalyse und Psychosomatik (München: Piper)
- Federn, P.* (1952): Ego Psychology and the Psychoses (New York: Basic Books) Dt. Ausg.: Ich-Psychologie und die Psychosen (Bern: Huber, 1956)
- Fenichel, O.* (1946): The Psychoanalytic Theory of Neurosis (London: Routledge & Kegan Paul)
- Freud, S.* (1905): Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. Ges. W., Bd. V (London: Imago)  
 —, (1919): Ein Kind wird geschlagen. Ges. W., Bd. XII, aaO.  
 —, (1927): Fetischismus. Ges. W., Bd. XIV, aaO.  
 —, (1938 a): Die Ich-Spaltung im Abwehrvorgang. Ges. W., Bd. XVII, aaO.  
 —, (1938 b): Abriß der Psychoanalyse. Ges. W., Bd. XVII, aaO.
- Gillespie, W. H.* (1956): The General Theory of Sexual Perversion. In: Int. J. Psychoanal. (37) 396—403
- Glover, E.* (1933): The Relation of Perversion Formation to the Development of Reality Sense. In: Int. J. Psychoanal. (14) 486
- Greenacre, Ph.* (1960): Further Notes on Fetishism. In: Psychoanal. Study Child XV (New York: Int. Univ. Press)
- Khan, M. M. R.* (1968): Reparation to the Self as an Idolized Internal Object. In: Dyn. Psychiat. (1) 92—98  
 —, Der Fetischismus als Negation des Selbst. In: *Pontalis, J. B.*, Hrsg. (1972): Objekte des Fetischismus. (Frankfurt/M.: Suhrkamp)
- Klein, M.* (1932): Die Psychoanalyse des Kindes (Wien)
- Payne, S.* (1939): Some Observations on the Ego Development of the Fetishist. In: Int. J. Psychoanal. (20) 261—170
- Sachs, H.* (1923): Zur Genese der Perversion. In: Int. Z. Psychoanal. (9) 172-182
- Searles, H. F.* (1958): Positive Feelings in the Relationships between the Schizophrenic and his Mother. Int. J. Psychoanal. (39) 569—586
- Socarides, Ch. W.* (1968): The Overt Homosexual (New York: Grune & Stratton), dt. Ausg.: Der offen Homosexuelle (Frankfurt/M.: Suhrkamp)

Adresse der Autorin:  
 Dipl.-Psych. Ursula Keller  
 1 Berlin 62  
 Innsbrucker Str. 28

## Derealisations- und Depersonalisationssyndrom mit Bericht über den Verlauf einer analytischen Therapie\*\*

W. Th. Winkler\*

Nach einer kurzen Wiedergabe der Schilderung eines sehr ausgeprägten Depersonalisations- und Derealisationsyndroms durch einen 21jährigen Patienten wird zunächst ein geraffter Überblick über die einschlägige Literatur (Paul Schilder, Viktor E. v. Gebsattel, Paul Federn, Bin Kimura u. a.) gegeben. Darauf folgt der Bericht über die Krankengeschichte und den Behandlungsverlauf. Das Depersonalisations- und Derealisationsyndrom hatte sich bei dem Patienten auf der Basis eines Narzißmus mit lebhaften Omnipotenzphantasien (Manifestation seines grandiosen Selbst im Sinne von Kohut) in einer Konfliktsituation entwickelt, die die Tendenz zum Überflügeln des Vaters (S. Freud) und ein ihm selbst nicht bewußt gewordenes homosexuelles Angebot beinhaltete. Das Depersonalisations- und Derealisationsyndrom ergab sich dabei aus einer bislang noch nicht beschriebenen Abwehrmaßnahme des Ichs: dem Rückzug des Ichs aus intentionalen Akten mit konsekutiver Störung der Grundfunktion des Ichs, nämlich des Sich-Aktualisierens.

Da ich in den letzten Jahren zwei Patienten mit einem ausgeprägten Derealisations- und Depersonalisationssyndrom zu behandeln hatte, ergab sich mir die Möglichkeit, mich unter dem Aspekt der psychoanalytischen Ich-Psychologie näher mit dem Phänomen der Derealisation und Depersonalisation zu befassen. Über einen der beiden Patienten möchte ich hier unter Berücksichtigung der einschlägigen Literatur berichten.

Der damals 21jährige Patient beschrieb 1971 seine Depersonalisation folgendermaßen: „Ich handele wie ein Automat. Der Automat geht morgens unter die Dusche, der Automat geht zum Frühstück. . . Ich handele gar nicht selbst, sondern es handelt in mir. Ein Automatismus ist in mir tätig. Ich habe nicht mehr das Gefühl des handelnden Menschen. . . Ich habe auch nicht das Gefühl, daß ich selbst denke, sondern etwas denkt in mir. Wie eine Maschine, die von selbst läuft. . . Ich komme mir wie eine Schokoladenfigur ohne Füllung vor, wie eine leere Hülse. Auch jetzt, wenn ich mit Ihnen spreche, habe ich nicht das Gefühl, daß ich es bin, der mit Ihnen spricht, sondern etwas spricht aus mir . . . Ich fühle mich wie ein Wrack, das takellos herumläuft . . . Wenn ich durch die Stadt gehe, ist es, als ob ein anderer dahergeht. Es ist, als wären das gar nicht meine Beine . . . Wenn ich in den Spiegel sehe, dann komme ich mir selbst fremd vor.“

\* Prof. Dr. med., Psychiater und Psychotherapeut, Ärztlicher Direktor des Westfälischen Landeskrankenhauses Gütersloh

\*\* Vortrag gehalten auf dem VI. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 9. bis 13. Juni 1974 auf Schloß Weidenkam (Starnberger See bei München)



Zum Erlebnis der Derealisation berichtete dieser Patient z. B.: „Ich sehe alles wie durch eine Nebelwand, so unwirklich ... Wenn ich mit der Hand den Tisch anfasse, ist das ein anderes Gefühl als früher ... Ich habe keine Gefühlsbeziehung mehr zu den Dingen, auch nicht zu meiner Familie ... Heute morgen hatte ich z. B. das Gefühl, die Mutter zum ersten Mal zu sehen, sie erschien mir so fremd, so unvertraut.“ — Am stärksten fühlte er sich aber durch eine Entfremdung der Begriffe beeinträchtigt, da er ihr zufolge nicht mehr lesen konnte: „Das Gefühl gegenüber Wörtern ist so fremd, daß ich es nicht beschreiben kann ... Die Wörter besagen mir nichts mehr. Sie sind wie Skelette. Schon Wörter wie ‚vielleicht‘, ‚wahrscheinlich‘, ‚Treue‘, ‚Liebe‘, ‚Sinn‘, ‚Bedeutungen‘, ‚sollen‘, ‚müssen‘, ‚dürfen‘ sind mir unverständlich. Stundenlang kann ich darüber nachdenken, was solch ein Wort eigentlich bedeutet... Die Wörter sind nur noch Wortgerippe, leere Hülsen.“

Diese Selbstschilderungen eines Patienten zeigen sehr deutlich, wie eine solche Entfremdung der eigenen Person und des eigenen Leibes bzw. auch der Umwelt subjektiv erlebt wird.

Als noch nicht zwischen einer Depersonalisation und einer Derealisation unterschieden wurde, gab *Paul Schilder* (1914) folgende Definition des Begriffes der Depersonalisation: „Ich verstehe darunter einen Zustand, in dem das Individuum sich gegenüber dem früheren Sein durchgreifend verändert fühlt. Diese Veränderung erstreckt sich sowohl auf das Ich als auch auf die Außenwelt und führt dazu, daß das Individuum sich als Persönlichkeit nicht anerkennt. Seine Handlungen erscheinen ihm automatisch. Es beobachtet als Zuschauer sein Handeln und Tun. Die Außenwelt erscheint fremd und neu und hat ihren Realitätscharakter verloren.“ Verändert sei dabei nicht das „zentrale Ich“ im eigentlichen Sinne, verändert sei vielmehr das Selbst, die Persönlichkeit, und das „zentrale Ich“ nehme diese Veränderung des Selbst wahr. Die Depersonalisation setze somit bestimmte Fähigkeiten voraus (gemeint war wohl besonders die Fähigkeit der Selbstreflexion). Die Veränderung des Selbst sei im übrigen nicht die Folge der Veränderung irgendeiner Gruppe psychischer Elemente, der Empfindungen, der Gefühle, der Erinnerungen und Denkvorgänge, sondern rühre daher, daß das „zentrale Ich“ (*Schilder*, 1914) in seine Erlebnisse nicht mehr in der früheren Weise eingehe. Das Selbst erscheine entseelt, weil es nicht ungeteilt dem Ich entspringe. Es genüge nicht, daß Empfindungen, Gefühle, Vorstellungen, Gedanken dem Bewußtseinsstrom immanent sind, es genüge auch nicht, daß sie vom „zentralen Ich“ erfaßt werden; vielmehr müßten in dem Erfassen des Inhalts sämtliche aktuellen Tendenzen des Ichs vereinheitlicht unwidersprochen enthalten sein.

Eine subtile phänomenologische Analyse der Depersonalisation und Derealisation bei der zyklischen Depression verdanken wir *V. E. v. Gebattel* (1937). Er sah das wesentliche Moment in der Unfähigkeit des Depressiven zur „Daseinserfüllung“. Im Falle der Depersonalisation und Derealisation seien beim Depressiven alle Bewegungsabläufe und alles Hantieren mit Gegenständen (vor dem Hintergrund der grundsätzlichen Beziehungslosigkeit von Mensch und Daseinswelt in der Depression) ihres Lebens- und Wirklichkeitssinnes, ihrer existentiellen Bedeutung verlustig gegangen. So betrachtet, bildeten die Depersonalisation und die Derealisation zwei Seiten der einen und gleichen Kommunikationsstörung.

Zur Erläuterung dieser Kommunikationsstörung verweist *V. E. v. Gebattel* auf den einfachen Tastvorgang. (Bei dem nun folgenden Zitat erinnern Sie sich bitte, daß mein Patient auch darüber geklagt hatte, daß er z. B. beim Anfassen eines Tisches eine ganz andere Tastempfindung als früher habe). Zitat aus der Arbeit von *V. E. v. Gebattel* (1937): „Vergegenwärtigen wir uns einen so elementaren Vorgang wie den Tastvorgang, so scheint er, wie jeder Empfindungsvorgang, ein Doppeltes in sich zu schließen, ein Berühren und ein Berührtwerden, also ein aktuelles und ein pathisches Moment. Das Aufnehmen der Welt durch die Sinne schließt zugleich ein Zugehen auf die Welt in sich ein. Beide Seiten des Sinneseindrucks machen als unteilbares Ganzes erst die Begegnung von Ich und Welt aus. Kommt, wie in der Derealisation, diese Begegnung nicht zustande, so kommt das Ich anlässlich der Sinnesregung weder an die Welt heran, noch auch zu sich selbst. Weder geht in den Sinnesvorgang Welt ein, noch kann das Ich in sein Bezogensein auf den jeweiligen Inhalt eingehen. Es wird der Sinneseindruck nicht vollzogen, aber das Ich wird selbst auch nicht als ein Sinneseindrücke Vollziehendes sich selber inne, — beides bei völliger Intaktheit des kognitiven oder des sensomotorischen Anteils der Wahrnehmung.“ — Hier wird von *V. E. v. Gebattel* also das von *Victor von Weizsäcker* (1950) entwickelte Prinzip des Funktions- und Gestaltkreises angesprochen.

*Paul Federn* (1956) führte zur Verständlichmachung des Entfremdungsgefühls die Begriffe der „Ich-Grenze“ und des „Ich-Gefühls“ ein. Ansonsten operierte er mit den von *S. Freud* (1914) geschaffenen Begriffen der Libidotheorie, also mit den Begriffen der Ich-Libido und Objektlibido, der libidinösen Besetzung von Objekten oder Ich-Anteilen und des Narzißmus. — [Den Begriff der „Derealisation“ lehnte *Paul Federn* (1956) ab, da dabei kein Objekt seiner Realität, aber die Realität des Objektes der Qualität der Vertrautheit verlustig gegangen sei.]

Im Gegensatz zu *S. Freud* (1914) vertrat *Paul Federn* die Auffassung, daß eine dem Ich vergleichbare Einheit von Anfang an im Individuum vorhanden sei. Er unterstellte also ein jedem Bewußtseinsinhalt voraus-

gehendes ganzheitliches Ich-Gefühl, das von Anfang an existiere. Dieses „primäre Ich-Gefühl“ schließe ursprünglich noch ohne irgendeine Grenze die Außenwelt ein. Jedenfalls werde auf der frühesten Stufe der Ich-Entwicklung die Umwelt (zunächst die Mutterbrust) als zum Ich zugehörig erlebt. Die Objekte seien also noch rein narzißtisch und noch nicht objekt-libidinös besetzt. Das Ich-Gefühl werde von objektloser Ich-Libido unterhalten.

In diesem Zusammenhang sei auch an die von *Margaret Mahler* (1972) getroffene Unterscheidung einer normalen autistischen Phase, einer normalen symbiotischen Phase und der Phase der Loslösung und Individuation erinnert.

Der allmähliche Aufbau des Ichs geschieht nach *Paul Federn* durch innere oder äußere Reize oder aus Reaktion auf dieselben. Vorerst erstreckte sich das Ich-Gefühl (die primäre Ich-Libido) auf jeden solchen Neuerwerb, woraus sich eine Erweiterung der Ich-Grenzen ergebe. Noch immer sei auf dieser Stufe der frühen Ich-Entwicklung Ich und Umwelt eine Einheit.

Eine Unterscheidung zwischen Ich und Umwelt bahne sich erst an, wenn das Kind an den Objekten Enttäuschungen erlebe, wenn es die Erfahrung mache, daß die Objekte seinen Wünschen und Bedürfnissen nicht untertän sind, und bemerke, daß durch Objekte Unlustgefühle (wie z. B. Schmerz oder Angst) in ihm erzeugt werden können. In solchen Situationen ziehe das Ich des Kindes seine narzißtische Besetzung der Objekte zurück und grenze sich von den Objekten ab. Dann bleibe „getrennt einerseits das Ich, von einer zusammenhängenden Ich-Libido besetzt, im Gegensatz dazu andererseits die immer zahlreicher werdenden Objektvorstellungen mit kleinen Libidoquanten, die aber dennoch vom Es mit starken Intensitäten besetzt“ sein könnten. Daraus ergebe sich dann auch die Unterscheidung von Ich- und Objekt-Besetzungen. — Bei der Abgrenzung des Ichs von den Objekten blieben die Ich-Grenzen mit Ich-Libido besetzt.

Die Entstehung der vom Ich getrennten Objektbesetzungen mache (allmählich und schrittweise) der Alleinherrschaft des primären Narzißmus ein Ende. Für jede Einzelbeziehung müsse erst die Objektstufe gebildet werden. An die Stelle des ursprünglichen egokosmischen Ichs, das der Verdrängung anheimfalle, trete dann einerseits das „Real-Ich“, das die Außenwelt durch Objektbesetzungen erfasse und andererseits das „purifizierte Lust-Ich“, dessen Grenze mit (narzißtischer) Ich-Libido besetzt sei und die wunschgemäße Angliederung der Vorstellung von der Welt an das Ich bewerkstellige. [Die Begriffe des Real-Ichs und des „purifizierten Lust-Ichs“ stammen von *S. Freud* (1914)].

In jedem voll (also nicht entfremdet) gefühlten seelischen Vorgang seien die durch die dargestellte Entwicklung getrennten Besetzungen, nämlich die des Real-Ichs, dessen Grenze der Wirklichkeitserfassung zugewendet sei, die des purifizierten Lust-Ichs, dessen Grenze mit narzisstischer Libido besetzt sei, und der Objektvorstellungen vereinigt.

Nach *Paul Federn* (1956) treten nun Entfremdungsgefühle bei der Wahrnehmung der Außenwelt dann auf, „wenn die Ich-Grenze von ihrer libidinösen Besetzung — subjektiv als Ich-Gefühl erkennbar — verliert, mögen auch die Objektbesetzungen — subjektiv als Wichtignahme des Objektes erkennbar — fortbestehen“. Eine innere Entfremdung komme dann zustande, „wenn aus dem Vorbewußten ein außer-Ich-licher Vorgang an das Ich herantritt (bewußt wird), ohne daß ein Ich-Gefühl dem Bewußtwerden entgegenkommt“ (*Federn*, 1956). Eine Depersonalisation (im strengen Wortsinn) trete schließlich dann ein, „wenn dem bewußten Ich sonst ständig angehörige Vorstellungen, so besonders die vom Körper, das Ich-Gefühl verlieren“ (*Federn*, 1956).

Bei der psychotherapeutischen Behandlung der beiden anfangs erwähnten Patienten fragte ich mich immer wieder, ob die von *Paul Federn* beschriebenen Störungen der libidinösen Besetzung der Ich-Grenzen, das fehlende Entgegenkommen des Ich-Gefühls und ein Verlust des Ich-Gefühls für die Derealisation und Depersonalisation letztlich verantwortlich gemacht werden können oder ob auch eine Störung anderer Ich-Funktionen, etwa der von *H. Nunberg* (1931) besonders hervorgehobenen synthetischen Funktion des Ichs, in Betracht gezogen werden müßten. Ich gelangte dabei zu der Auffassung, daß eine Störung oder ein Ausfall der bisher in der psychoanalytischen Literatur beschriebenen Ich-Funktionen das Derealisations- und Depersonalisationserlebnis nicht hinlänglich zu erklären vermögen. Hier half mir eine Arbeit von *Bin Kimura* (1963) weiter.

*Bin Kimura* traf die Unterscheidung von objektiviertem Ich-Image, das mit klarer Ich-Qualität, mit der Qualität der „Meinhaftigkeit“ (*Kurt Schneider*, 1962) versehen ist und einem niemals objektivierbaren „allerursprünglichsten Ich“. Bei der Depersonalisation könne der Kranke zwar immer noch das objektivierte Ich reflektieren, in ihm aber keine Ich-Qualität mehr verspüren. Das Ich-Image müsse ihm daher als völlig entfremdet und entleert erscheinen. Bei der Derealisation erscheine die Wahrnehmungswelt als bloße Zusammensetzung von Sinnesreizen, als ent-ästhetisiert, ent-physiognomisiert und ent-sympathetisiert. Im Hinblick auf solche Entfremdungserlebnisse, die mit dem Gefühl der Diskontinuität, der Zerstückelung der Zeit und des Ichs einhergehen, wurde von *Bin Kimura* schließlich dargelegt, daß das Bewußtsein, das sich uns als ein Kontinuum darstellt, eigentlich aus vielen kaleidoskopartig zusammengesetzten Elementen besteht und insofern in Wirklichkeit

diskontinuierlich abläuft, daß der Eindruck der Kontinuität unseres Erlebens aber durch ein übergeordnetes Ganzes, nämlich das ursprüngliche Ich, das sich jeden Augenblick aktualisiert und damit die Gegenwart konstituiert, bewerkstelligt wird.“ In jedem Augenblick der Intention, in jedem „Bewußtseinsabschnitt“ (*Bin Kimura*, 1963) aktualisiere sich das Ich, und gerade dadurch komme jedem Gegenstand des intentionalen Aktes jeweilig Ich-Qualität, Meinhaftigkeit und Realität zu; jede Intention könne nur dadurch zur Tatsache werden. Letztlich erweise sich also die Depersonalisation als eine Störung des Sich-Aktualisierens des eigenen Ichs im intentionalen Akt des Bewußtseins.

Ich meine jetzt, daß man unter einem psychoanalytischen Aspekt das „Sich-Aktualisieren des Ichs“ als die Grundfunktion des Ichs zu beschreiben hat und daß alle anderen Ich-Funktionen, also z. B. die Realitätsprüfung (d. h. die Fähigkeit zur Unterscheidung von inneren und äußeren Reizen, von Wahrnehmungen und Vorstellungen, von Außenwelt und Innenwelt), die Abgrenzung des Ichs gegenüber der Außenwelt, die Kontrolle und Regulation von Triebantrieben und Affekten, die Objektbeziehung, die Initiierung und Durchführung von Denkprozessen, die Anpassung, die synthetische Funktion, die Neutralisierung von Triebenergie etc. diese Grundfunktion des Ichs zur Voraussetzung haben. Wie könnte sich auch das von *Paul Federn* (1956) postulierte „primäre Ich-Gefühl“ in der Frühphase der Ich-Entwicklung allmählich auf die Umwelt ausdehnen und sich später bei frustrierenden Erfahrungen von den Objekten zurückziehen und die Ich-Grenze besetzen, wenn nicht eine innere Notwendigkeit zum permanenten Sich-Aktualisieren des Ichs bei jeder Wahrnehmung und jedem seelischen Akt gegeben wäre, dem Ich also nicht diese Grundfunktion des Sich-Aktualisierens eigen wäre.

Daß es sich bei dem Sich-Aktualisieren des Ichs um eine ganz ursprüngliche Grundfunktion des Ichs handelt, läßt sich u. a. auch daraus erschließen, daß sich das Ich auch im Bereich des primär-prozeßhaften Erlebens (also im Bereich der Phantasie und des Traumes) immer selbst aktualisiert und daß wir ohne das Sich-Aktualisieren des Ichs nichts, wirklich nichts zu erleben vermöchten.

Wenn wir davon ausgehen, daß das Sich-Aktualisieren des Ichs als Grundfunktion des Ichs zu gelten hat, muß die psychoanalytische These, daß sich das Ich ursprünglich aus „Ich-Kernen“ (*S. Freud, Glover* u. a.) zusammensetzt, in Frage gestellt werden. Die „Ich-Kerne“ würden sich dann nämlich als erste Strukturen („Prästrukturen“ im Sinne von *Kohut*, 1973) des sich aktualisierenden und differenzierenden Ichs erweisen.

Im Falle des Derealisations- und Depersonalisationssyndroms ist offenbar das Sich-Aktualisieren des Ichs nicht aufgehoben, aber beeinträchtigt. Das Ich vermag sich sehr wohl noch als beobachtendes Ich zu aktualisieren. Nur stellt sich die Aktualisierung des Ichs nicht mehr spontan in

allen einzelnen Akten (Wahrnehmungsakten, Handlungsvollzügen, leiblichen Empfindungen etc.) ein, weshalb wahrgenommene Gegenstände als eigenartig fremd und unvertraut, eigene Bewegungen als automatenhaft, der eigene Leib als leere Hülse empfunden werden muß. Sie alle sind von Ich-Qualität entblößt. — Vereinfacht pflege ich mit *Paul Schilder* zu sagen, im Falle einer Derealisation und Depersonalisation habe sich das Ich auf einen Beobachtungsposten zurückgezogen.

Voraussetzung zur Entwicklung eines Depersonalisations- und Derealisationssyndroms scheint mir eine hochgradige Ich-Schwäche zu sein. Schon *Paul Federn* (1956) hatte auf das Bestehen einer Ich-Schwäche im Falle des Depersonalisations- und Derealisationssyndroms hingewiesen. Wir können jetzt aber, wie ich meine, diese Ich-Schwäche näher definieren als eine fundamentale Schwäche des Ichs, als schwere Störung seiner Grundfunktion, sich in jedem seelischen Akt zu aktualisieren.

In beiden Fällen, in denen ich psychotherapeutisch eingeschaltet wurde, entpuppte sich der Rückzug des Ichs aus intentionalen Akten als ein konfliktbedingter Abwehrmechanismus, der sich dann auch in einem der beiden Fälle mit gutem Erfolg therapeutisch angehen ließ.

Aus der Tatsache, daß die Derealisation und Depersonalisation im Gegensatz zu schizophrenen Ich-Störungen nur in einer Entleerung von Ich-Qualitäten, nicht aber in dem Gefühl der Fremdbeeinflussung besteht, ist zu schließen, daß sie ohne eine Projektion im Sinne von *S. Freud* (1914) verläuft. Deshalb finden wir bei Schizophrenen das Phänomen des „Gemachten“, bei Depersonalisierten aber nur das Phänomen der „Entleerung“.

Nun möchte ich Ihnen noch einiges über die Krankengeschichte und den Verlauf der Behandlung desjenigen Patienten mitteilen, dessen Symptomatik ich eingangs schilderte.

Das Derealisations- und Depersonalisationssyndrom stellte sich bei dem Patienten ganz plötzlich Ende des Sommersemesters 1970 ein. Er suchte zunächst den Chefarzt einer neurologisch-psychiatrischen Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses auf, der ihn erst ambulant, dann stationär mit Antidepressiva behandelte. Anschließend wurde die Behandlung durch einen niedergelassenen Nervenarzt fortgeführt. Von November 1970 bis April 1971 befand sich der Patient in einer neurologisch-psychiatrischen Klinik in stationärer Behandlung. Die Diagnose lautete: „Atypische phasische (bipolar depressive) Psychose mit gewichtigen Hinweisen auf eine wahrscheinlich konstitutionell bedingte Encephalopathie.“ (Das EEG hatte gelegentliche Dysrhythmien, die Luftencephalographie eine angedeutete Ventrikelerweiterung ergeben.) Der Patient erhielt verschiedene Psychopharmaka und 6 Elektroschocks. Danach war der Patient noch bis Juni 1971 knapp 2 Monate lang in einer psychiatrischen

Universitätsklinik, wo man ihn wegen Verdachts auf eine schleichende Schizophrenie einer Insulinschockbehandlung unterzog. Gegen Ende des Klinikaufenthaltes wurde er einem namhaften Psychoanalytiker vorgestellt, der zu einer analytischen Therapie riet. Auf diese Weise gelangte der Patient in meine ambulante Behandlung.

Zur Vorgeschichte erfuhr ich im Laufe der Zeit — extrem abgekürzt — folgendes:

Der Patient ist das jüngste Kind seiner Eltern. Er hat einen älteren Bruder und zwei ältere Schwestern. Sein Vater ist ausgesprochen rational eingestellt, nüchtern, enorm arbeitsam und beruflich sehr tüchtig. Die Mutter ist extrem stimmungslabil, launisch, narzißtisch; was sie heute sagt, hat morgen keine Geltung mehr. Wir bezeichneten sie als „chamäleonhaft“. Die Eltern leben schon seit langem nebeneinander her, es besteht zwischen ihnen eine dauernde latente Spannung. Der Vater lebt praktisch nur seinem Beruf.

Von früh auf war dem Patienten innerhalb des Familienverbandes die Starrolle zugeordnet. Er wuchs als relatives Einzelkind heran, da seine Geschwister wesentlich älter sind. Ein Kontakt mit anderen Kindern wurde durch die Mutter verhindert.

Er blieb stark an die Mutter gebunden und entwickelte in Anpassung an ihre Chamäleonhaftigkeit ein hervorragend funktionierendes Anpassungssystem, das in einem hochgradigen empathischen Einfühlungsvermögen bestand. Er merkte immer sofort, was andere von ihm erwarteten, und er verhielt sich danach. So lernte er auch, allen nach dem Mund zu reden, um keine Aggressionen zu erzeugen.

In Anpassung an die Erwartungen des Vaters entwickelte er eine extreme Ehrgeizhaltung. In der Schule zeichnete er sich durch hervorragende Leistungen aus. Er gönnte sich keine freie Zeit, sondern nutzte jede Minute zum Lesen. Zwischendurch allerdings gab er sich immer wieder Omnipotenzphantasien hin: Er erlebte sich dabei z. B. als einen Olympioniken, obgleich er de facto auf sportlichem Gebiet ein totaler Versager war, oder als allseits bewunderten Bundeskanzler. [In seinen Omnipotenzphantasien manifestierte sich das „grandiose Selbst“ im Sinne von *H. Kohut* (1973).]

In seinem Studium war er äußerst erfolgreich. Sein Ziel bestand darin, das Studium als jüngster und zugleich erfolgreichster Kandidat zu beenden.

Kurz vor Auftreten des Derealisations- und Depersonalisationssyndroms aber ergab sich folgende Konfliktkonstellation: Er sah die Uferlosigkeit des Stoffes vor sich und stand vor der Einsicht in die Unmöglichkeit, alles zu wissen. Zum anderen wurde er sich bewußt, daß er danach trachtete, den Vater, dessen Beruf er ergreifen wollte, zu

überflügeln. Im Zusammenhang damit meldete sich eine Angst vor der Rache des Vaters. Schließlich entdeckte er in einem Kaufhaus im Gewühl einen ehemaligen Schulkameraden, der seinerzeit wegen homosexueller Beziehungen der Schule verwiesen worden war. Der Patient selbst war zwar nicht in diese Sache hineinverwickelt gewesen, doch fühlte er sich nun gedrängt, den ehemaligen Schulkameraden anzusprechen, was ihm wegen der vielen Menschen im Kaufhaus nicht gelang. Er verlor ihn aus den Augen und suchte ihn in den folgenden Tagen vergeblich in der Stadt. Danach registrierte er verschiedenen Studienkollegen gegenüber angedeutete homosexuelle Regungen, die er aber energisch von sich wies.

Das Derealisations- und Depersonalisationssyndrom trat ganz plötzlich bei ihm auf, als ihm einer dieser Studienkollegen seine schlecht zensierte Klausurarbeit mit der Bitte um Stellungnahme vorlegte. Diese Situation hatte für das Unbewußte des Patienten den Stellenwert eines homosexuellen Angebotes. Der Patient bemerkte mit einem Mal, daß er die ihm vorgelegte Klausurarbeit nicht zu lesen vermochte, weil ihm die Wörter als ganz fremd und unverständlich erschienen. Hier setzte also ein Rückzug des Ichs aus dem intentionalen Akt des Lesens und des Erfassens von Begriffen ein.

Die Entfremdung der Begriffe war nur der erste Beginn eines sich rasch ausbreitenden Derealisations- und Depersonalisationserlebens. Sie blieb aber das ihn am meisten belastende Symptom, da durch die Entfremdung der Begriffe dasjenige Instrumentarium (derjenige „Ich-Apparat“ im Sinne von *Heinz Hartmann*, 1964) außer Funktion gesetzt war, dessen er für sein Rivalisieren mit dem Vater (im übrigen auch mit seinen Geschwistern) bedurfte und mit dessen Hilfe er seine Omnipotenzphantasien zu realisieren strebte: die Sprache.

Die analytische Psychotherapie führte ich mit 2 Stunden pro Woche im Sitzen durch. Es entwickelte sich eine idealisierende Übertragung im Sinne von *H. Kohut* (1973), die als solche in der Schwebeliege blieb, da er sicherheitshalber den Kontakt mit einem anderen Psychiater aufrecht erhielt, der die Endogenitätstheorie vertrat und dadurch seine masochistischen Selbstbestrafungstendenzen befriedigte. Es kam also zu einem Splitting der Übertragung. Bemerkenswerterweise verloren sich seine Denkstörungen zuerst während der psychotherapeutischen Sitzungen. Nach 70 Behandlungsstunden war das Derealisations- und Depersonalisationssyndrom praktisch abgeklungen, und der Patient konnte sein Studium wiederaufnehmen. Er nahm nun Kontakt mit anderen auf, gründete eine Arbeitsgemeinschaft und betrieb sein Studium mit eindeutig reduziertem Ehrgeiz weiter. Weitgehend löste er sich von seinem Elternhaus. Er ist noch heute bei mir in ambulanter Behandlung.



Abschließend möchte ich nur noch folgendes bemerken: Wenn wir uns unter einem psychoanalytischen Aspekt mit dem Derealisations- und Depersonalisationssyndrom befassen, werden wir unweigerlich mit der Frage nach dem Wesen des Ichs konfrontiert. Und ich meine, daß wir gerade aus der intensiven Beschäftigung mit Patienten, die unter einem Derealisations- und Depersonalisationssyndrom leiden, wichtige Aufschlüsse über das Wesen des Ichs erhalten können.

*The Derealization and Depersonalization Syndrome —  
With a Report on an Analytic Therapy*

Walter Th. Winkler

The author views derealization and depersonalization from the aspect of the psychoanalytic ego-psychology.

He begins his study with a description of derealization and depersonalization feelings of a 21-year-old patient who expresses feelings of alienation toward his self as well as toward his parents and linguistic concepts.

*Schilder* (1914) understands this alienation as a disturbance of the central ego which does not yield to new experiences with all its present ego-functions. The unchanged central ego experiences a change of the self where the environment has lost its reality character. According to *von Gebsattel* (1937) the derealization expresses a communication disturbance, where ego and environment do not encounter each other in the sensory impression inhibiting thus an actualization of the ego.

The ego experiences feelings of alienation during the perception of its environment when the ego-borders are losing their libidinal cathexis; the ego experiences an inner alienation toward the self when it encounters an external object with ego-feelings (*Federn*, 1956).

In the opinion of the author the hitherto existing psychoanalytic literature does not explain sufficiently derealization and depersonalization. Together with *Kimura* (1963) the author distinguishes between the objectified ego-image and the non-objectifiable primary ego. Rendering ego-quality and reality to the objects of its intentional acts, the primary ego actualizes itself in the intentional of consciousness (*Kimura*, 1963).

The author considers the self-actualization of the primary ego as the basic ego-function which provides the foundations for all other ego-functions. During derealization and depersonalization the self-actualization of the ego is impaired — the perceived objects have no ego-quality; the ego remains on an "observation position" (*Schilder*, 1914).

Demonstrating how in his patient's case the withdrawal of the ego from intentional acts has been a defense mechanism against drive incentives, the author maintains that an intense ego-weakness is the precondition for derealization and depersonalization.

In his case study the author shows how the patient has developed an extreme adaptive behaviour in reaction to his narcissistic, ambivalent mother. Living at the same time in an oedipal rivalry conflict with his father, whom he tries to surpass in his academic achievements, the patient develops intense narcissistic omnipotence fantasies. In a conflict situation, where he realizes both his rivalry with his paramount father and homosexual wishes toward fellow-students, the patient develops derealization and depersonalization feelings defunctionalizing exactly that ego-apparatus which he used predominantly in his rivalry with his father: the language.

The author describes how analytic therapy achieved the recovery from derealization and depersonalization feelings. It seems to him that the treatment of patients with this syndrome can offer important information about the structure of the ego.

## Literatur

- Buytendijk, F. J. J.* (1958): Das Menschliche (Stuttgart: Kohler)
- Federn, P.* (1956): Ich-Psychologie und die Psychosen (Bern/Stuttgart: Huber). Nachgedruckt in: Meyer, J. E., Hrsg. (1968): Depersonalisation (Darmstadt: Wissenschaftl. Buchgesellschaft)
- Freud, S.* (1914): Zur Einführung des Narzißmus. Ges. W., Bd. X (London: Imago)
- Gebattel, V. E. v.* (1937): Zur Frage der Depersonalisation. In: Nervenarzt (10) 169. Neudruck in: (1954): Prolegomina einer medizinischen Anthropologie (Berlin/Heidelberg/New York: Springer)
- Glatzel, J.* (1971): Über das Entfremdungserlebnis. In: Z. Psychother. Med. Psychol. (21) 89
- Gruble, H. W.* (1949): Ich-Qualität und Impulserlebnis. In: Psychol. Forschung (23) 1. Neudruck in: (1953): Verstehen und Einfühlen — Gesammelte Schriften. (Berlin/Göttingen/Heidelberg: Springer)
- Hartmann, H.* (1964): Zur psychoanalytischen Theorie des Ichs (Stuttgart: Klett)
- Jaspers, K.* (1956): Philosophie Bd. II: Existenzerhellung (Berlin/Göttingen/Heidelberg: Springer, 3. Aufl.)
- Kimura, B.* (1963): Zur Phänomenologie der Depersonalisation. In: Nervenarzt (34) 391. Neudruck in Meyer, J. E., Hrsg. (1968): aaO.
- Kohut, H.* (1973): Narzißmus (Frankfurt: Suhrkamp)
- Mahler, M. S.* (1972): Symbiose und Individuation (Stuttgart: Klett)
- Mayer-Gross, W.* (1936): On Depersonalization. In: Brit. J. Med. Psychol. (15) 103. Neudruck in: Meyer, J. E., Hrsg., (1968) aaO.
- Meyer, J. E.* (1957): Depersonalisation und Zwang als polare Störungen der Ich-Außenweltbeziehung. In: Psychiatrica et Neurologica (133) 63
- Meyer, J. E.*, Hrsg. (1968): aaO.
- , Hrsg. (1968): Depersonalisation (Darmstadt: Wissenschaftl. Buchgesellschaft)
- Nunberg, H.* (1931): The Synthetic Funktion of the Ego. In: Int. J. Psychoanal. (12) 123—140
- Rapaport, D.* (1970): Zur Struktur der psychoanalytischen Theorie (Stuttgart: Klett, 2. Aufl.)
- Schilder, P.* (1914): Selbstbewußtsein und Persönlichkeitsbewußtsein. Monographien aus dem Gesamtgebiete der Neurologie und Psychiatrie, H. 9 (Berlin: Springer), Neudruck in Meyer, J. E., Hrsg. (1968): aaO.
- Schneider, K.* (1962): Klinische Psychopathologie (Stuttgart): Thieme, 6. Aufl.)
- Weizsäcker, V. v.* (1950): Der Gestaltkreis (Stuttgart: Thieme, 4. Aufl.)
- Winkler, W. Th.* (1972): Übertragung und Psychose (Bern/Stuttgart/Wien: Huber, 2. Aufl.)

Adresse des Autors:

Prof. Dr. med. W. Th. Winkler  
Westfälisches Landeskrankenhaus Gütersloh  
4830 Gütersloh 1  
Postfach 3360

## Careers in Psychotherapy\*\*

Leopold Bellak \*

Während die wissenschaftliche Diskussion über Psychotherapie ihr Interesse an der Person des Psychotherapeuten gemeinhin auf die im klinischen Sinn relevanten Dimensionen von Übertragung und Gegenübertragung beschränkt, erörtert diese Arbeit die intellektuellen, emotionalen, finanziellen und physischen Implikationen dieses Berufs für den ihn ausübenden Menschen.

I will try to review for you briefly my experience with regard to intellectual, emotional, financial, physical and other aspects of a career in psychotherapy, and suggest a few prescriptions.

Let me start with the fact that, above all, it is an exciting career, and is still exciting to me after more than a quarter century at it. It is a close advantage point on the human condition as there is. As you listen to a life history and to the symptomatology and the daily problems, you have a ringside seat all day, every day, to the human drama. If you understand the dynamics, have a sound theoretical basis, and feel competent to intervene, you have the intellectual pleasure of closure, the feeling of competence at doing something worthwhile, as well as the emotional experience of a sense of a Greek drama unfolding in its inevitability before you. Sometimes it seems, in fact, as if people were programmed by computers and destined to run through their assigned roles with all the tragicomedy, foibles, injustices, idiocies and pleasures that life provides.

Competent, dynamic psychotherapy is probably the only process which provides for some restructuring of what otherwise is fate, making reversible, apparently, at least some noxious effects of the history that is destiny. It can give one a somewhat supercilious feeling that one is, after all, doing something more worthwhile than those merely selling things for a profit. In so listening, we can develop a compassion which, I hope, makes us better human beings.

The emotional consequences of our interaction in psychotherapy involve more than compassion. It is our task to listen, to understand, to explain, and in that process, to suspend ordinary value judgement and reactions of rage, pity or anxiety as much as is possible or

\* Professor M. D., Psychoanalyst, Larchmont, N. Y.

Albert-Einstein-Medical-Institut, New York, New York University

\*\* Invited address delivered Dec. 3rd, 1973, New York City, at „Careers in Psychotherapy“ sponsored by Advanced Institute for Analytic Psychotherapy and Jamaica Center for Psychotherapy

appropriate, for the sake of the patient. Words are our tools and not the customary vehicles for release of tension. The result is that, quite often, tension accumulates in us. A colleague, Don Coleman, has also pointed out in an unpublished paper on the difficulties of psychotherapy, that we tend to carry over a passive observer attitude into our own lives and almost unlearn assertion and interaction.

In addition, our professional participation in the human drama for many hours of the day often makes us reluctant to participate affectively in the lives of our families and our friends. In fact, Dr. Coleman and I agree that many in our profession are loathe to go to the theatre or movies for other than light, non-demanding entertainment, because we have already had all the drama we can stand.

A part of our often burdened ability for social interrelating is also the fact that often because of our professional role sooner or later relatives, friends, acquaintances and neighbours seek our advice and help. Even if we limit this to a reasonable interaction and refer them, if at all necessary, to others, it tends to make nearly all natural interrelating and confiding and letting our own hair down rather difficult.

What's more, since we tend to listen somewhat with our own third ear (even though this decreases with experience), it is certainly often not easy to share the ordinary human things that people share with their friends. This is the case, above all, with fellow professionals who, in turn, can't help but listen with professional attention. Many also feel they cannot afford to show their foibles or act on their desires because they have a professional persona to maintain, at the risk of losing face professionally, and, if considered "peculiar", perhaps affecting their chances for referrals.

Let me not be one-sided — I have only mentioned the negative aspects of the emotional involvement in psychotherapy so far. The practice of psychotherapy also permits one continuous emotional growth by constant consciousness expansion in a much better and much healthier fashion than psychedelic drugs can do. One continues to learn about oneself by mirroring, and by mutual enlightenment from interaction with the patients. If all goes well, one gains perspective on oneself and on life, and some maturity and stability. One also learns about many walks of life via one's patients — from corporate life to supermarkets.

After the intellectual and emotional facets, let me touch on a few of the financial aspects of a career in psychotherapy.

I can safely say that financially, the career of psychotherapy, while paying better, by and large, than academic positions, will never be an entirely secure one and will, among other things, create a mixed feeling

concerning finances. You have to accept the fact that, chances are, your local delicatessen owner, drugstore proprietor or gas station owner in his fifties is probably better off than you will be.

Above all, the practice of psychotherapy is a one horse business. This means that when you don't sit in the chair, you don't make a living. Unlike lawyers or some physicians or businessmen, you don't profit from the labor of a salaried staff whom you pay somewhat less than they earn for you. Your practice, as compared to a factory or a grocery store, does not develop what business people call equity. That is, there are no inventory, capital gains, hidden tax benefits or write-offs —, and people pay you by check. To my knowledge, even the most esteemed people in the field of psychotherapy never entirely lose some insecurity about where the next patient may come from — especially if there is an hour or two free.

The sources of patient referral are usually intermittent. It is in the nature of psychotherapy that we deal with only small numbers. In fact, our income depends, of necessity, on a small number of people who have to pay a disproportionate amount of money for our services, because we give them a disproportionate amount of time. That is, if you see each person for roughly 50 minutes during an eight hour work day, and if you see several of these more than once a week, a large percentage of your income is derived from a very few people, and they spend a large percentage of their available cash on your support.

This, among other things, introduces emotional complications, aside from technical and financial ones such as whether to charge for cancelled sessions.

Let me make a few suggestions or give a few prescriptions for some of the difficulties of the career of psychotherapy I mentioned.

To avoid emotional and intellectual strain, I strongly recommend that you mix your caseload: have some low income patients, some short-term patients, some consultations. Mix your individual psychotherapy with work in clinics and agencies, where you can have some human contact with colleagues, because above all, the practice of psychotherapy is a lonely life. Unlike businessmen, lawyers, or physicians, you aren't likely to chat with anybody over lunch or compare notes over a drink if all you do is individual, private psychotherapy. Therefore, arrange your professional life to provide human contact in these other professional areas, which would include research. Incidentally, unless skilled clinicians provide feedback to research, research in our field will not easily be meaningful.

Furthermore, with regard to the emotional aspects, I suggest that it is better not to practice in your home. Advantageous as this arrangement is when it rains or snows, and in terms of tax deductions, it does not permit „decompression“ time at the end of the day. Although they do enjoy the security of your physical proximity, children don't really understand that you're there and not there, and spouses tend not to understand it either. In addition, it does not permit you or your family sufficient privacy.

In your social life, I strongly suggest that you mix with people outside of the profession.

With regard to finances, I recommend being aware very early that the practice of psychotherapy will always have very definite limitations. If you want a high degree of financial comfort and you aren't born with it either marry it, save and invest wisely and early, or accept the fact that you will always have limitations.

I believe there is a trend toward an increased role for insurance and government participation in all health care, including psychotherapy. This, among other things, will make it desirable for professionals to function in groups, incorporate. Bookkeeping, professional interrelations, the whole referral system, I think, will tend towards the joint practice of people with somewhat different backgrounds — psychologists, psychiatrists, social workers, psychoanalysts, a variety of physicians. The HMO model probably presages the future; the team approach will play a marked role even in private practice. For non-medical psychotherapists, it will be increasingly essential to work closely with MD's who can prescribe and supervise the drugs which are bound to play an increasing role in practice.

A few words on the physical aspects of practicing psychotherapy — and what to do about it. Physical inactivity — sitting endlessly — in addition to the need for excessive affective and motor control, is a serious problem in the career of psychotherapy. It is very likely that incidents of low back pain, overweight, hypertension, coronaries, are more frequent in psychotherapists than in many other professionals. While none of us knows the precise etiological relationship, it is reasonable to assume that ordinary precautions and avoidance of excesses of these problems are important. I firmly believe that every psychotherapist should have several hours of vigorous exercise a week, at the very least. It will make you a more content, healthier psychotherapist to follow the old dictum that there should be a sound mind in a sound body.

## *Über den Beruf des Psychotherapeuten*

Leopold Bellak

Auf der Grundlage jahrzehntelanger beruflicher Erfahrung als Psychotherapeut diskutiert der Autor die Besonderheit dieser Tätigkeit in ihren Auswirkungen auf die Person des Psychotherapeuten, die sie vor allem in ihren intellektuellen, emotionalen, sozialen, finanziellen und physischen Aspekten betrifft.

Er beleuchtet zunächst den aus der Arbeit mit dem Patienten zu ziehenden persönlichen Gewinn: das intellektuelle Vergnügen, das sie dem theoretisch Geschulten in der Technik des Intervenierens und des logischen Schlußfolgerns verschafft; die emotionale Erfahrung, die im Mit-Leiden des menschlichen Dramas und in der Möglichkeit zur Korrektur des sonst schicksalhaft sich Vollziehenden um die Dimension echter Sinngebung bereichert.

Aus der Notwendigkeit, sich auf Reaktionen des Zuhörens, Verstehens und Erklärens zu beschränken, und aus dem Zwang zu maximaler affektiver und motorischer Kontrolle resultiert ein erstes wichtiges Problem dieses Berufs: die ständige Akkumulation von Spannung. Als besonders folgenreich erscheint auch der soziale Erwartungsdruck, der zur Generalisierung der Therapeutenrolle auf sämtliche Lebensbereiche führen kann: Der Psychotherapeut wird auch privat ständig in dieser Eigenschaft angesprochen und fühlt sich gedrängt, als solcher —passiv beobachtend und deutend— zu reagieren. Aus Angst, in seiner beruflichen Kompetenz angezweifelt zu werden, entwickelt er leicht die Tendenz, persönliche Eigenarten zu unterdrücken und sich ständig zu kontrollieren. Damit wird seine Fähigkeit zur normalen sozialen Interaktion, insbesondere zur Selbstbehauptung, reduziert. Die affektive Sättigung im Beruf schwächt zudem seine emotionale Teilnahme an familiären und freundschaftlichen Beziehungen.

Die finanzielle Unsicherheit, die Abhängigkeit des Einkommens von einer kleinen Zahl von Patienten, bedingt weitere emotionale, technische und finanzielle Komplikationen.

Schließlich erörtert der Autor eine Reihe von Maßnahmen, die den aufgeführten Problemen zu begegnen geeignet sind. Gegen den intellektuellen und emotionalen Streß empfiehlt er eine möglichst verschiedenartig zusammengesetzte Klientel und ein berufliches Arrangement, das neben der individuellen Psychotherapie auch die Betätigung in Kliniken oder anderen Dienststellen vorsieht, um Begegnung und Austausch mit Kollegen zu gewährleisten.



Die finanzielle Situation sei im Rahmen der zunehmenden Beteiligung des Staates am Gesundheitswesen am besten in formal organisierten Gruppen, wie Gemeinschaftspraxen, zu meistern, in denen Psychologen, Psychiater, Sozialarbeiter und Ärzte verschiedener Fachrichtungen im Team zusammenarbeiten. Auch aus anderen als finanziellen Gründen werden derartige Organisationsformen empfohlen, von denen das HMO-Modell zukunftsweisende Bedeutung besitze.

Den physischen Implikationen der gesundheitsschädlichen körperlichen Inaktivität und der ständigen psychischen Anspannung im Beruf müsse mittels intensiver sportlicher Betätigung begegnet werden.

Author's Address:  
Leopold Bellak, M. D.  
22 Rockwood Drive  
Larchmont, N. Y. 10538

# The Psychiatrist's Role-Diffusion as Psycho-Therapist in Japan

Keigo Okonogi \*

Ähnlich wie L. Bellak in seiner Arbeit „Careers in Psychotherapy“ widmet sich auch der japanische Psychoanalytiker Keigo Okonogi vor allem den subjektiven Faktoren, die auf Seiten des praktizierenden Psychotherapeuten für Ausübung, Stil und Erfolg seiner Arbeit ins Gewicht fallen.

Während Bellak die alltägliche analytische Praxis in ihrem Gewinn, ihren Gefahren und Möglichkeiten von den existentiellen Folgen für die Individualität des Psychotherapeuten her überdenkt und daraus Konsequenzen für dessen eigene Psychohygiene zieht, reflektiert Okonogi das Problem der Person des Analytikers auf der Ebene wissenschaftshistorischer, gesellschaftlicher und berufsspezifischer Rahmenbedingungen. Traditionsmentalität und klinische Voraussetzungen machen es dem japanischen Therapeuten schwer, in theoretisch und praktisch sinnvollen Arbeitsfeldern kreative Erweiterungen, Abgrenzungen und funktionelle Differenzierungen der Psychoanalyse auch im Dienste einer eigenen Berufs- und Rollenstruktur zu entwickeln.

Der Verfasser vertritt die These, daß der in das nationale Gesundheitssystem integrierte, in der Hauptsache physiologisch und pharmakologisch ausgerichteten Psychiatrie eine psychoanalytisch orientierte Dynamische Psychiatrie gleichberechtigt zur Seite gestellt werden sollte. Erst dann ist dem japanischen Psychotherapeuten in einer veränderten Welt ähnlich wie seinen Kollegen in den westlichen Ländern eine Chance gegeben, die ihm historisch und soziologisch auferlegten Identitätsdefizite und Rollenunsicherheiten im eigenen wie im Interesse verbesserter Behandlungstechniken zu überwinden.

## I. Preface

The psycho-analytically oriented psychiatrists in Japan, who belong to the minority group in the psychiatric field, are forced to face a crisis of the role-diffusion which is caused by the following two reasons:

1) Japanese dynamic psychiatrists are unable to establish their roles as psycho-analytically oriented psycho-therapists in psychiatric practice in Japan because of the specific conditions of psychiatric service of this country.

2) Japanese dynamic psychiatrists are also suffering from their role diffusion in psycho-therapy quite common with that of Western advanced countries where dynamic and psycho-analytically oriented psychiatry takes the leadership.

## II. Specific Problems that are now being faced by the Japanese

### *Psychiatrist Practicing Psycho-analytically Oriented Psycho-Therapy*

1. Now I am going to explain briefly the difficult problems to establish the role of psychiatrist as a psycho-therapist peculiar to Japanese dynamic psychiatrists. To begin with, I would like to com-

\* M. D., Training Analyst, Ass. Professor, Neuro-Psychiatric Dept., Keio University School of Medicine, Tokyo, Japan

ment on the history of psychiatry and psycho-analysis in Japan. All of Japanese modern medicines in general were founded by the importation of the German medicines around the end of 19th century. Along with this general trend, the main stream of Japanese psychiatry had been almost solely oriented to German descriptive psychiatry until World War II. Accordingly, there were only few psychiatrists who practiced psycho-analysis before the end of World War II.

Strictly speaking, there was no real psycho-analyst in Japan qualified by the International Psycho-analytic Association except Dr. *Heisaku Kosawa* (1897—1968) before the end of World War II.

Dr. *Kosawa* studied at the Vienna Psycho-analytic Institute from 1932—1933. During that time, he received training analysis from Dr. *Richard Sterba* and got supervision from Dr. *Paul Federn*. After he came back to Japan, he started his practice in Tokyo as the first and the only one psycho-analyst in Japan, and continued his psycho-analytic therapy for Japanese till 1960's. After the war, he established the Japan Psycho-analytic Society — the Japanese Branch of the I. P. A.

In the 1950's, as American dynamic psychiatry began to have its influence on Japanese psychiatry, there appeared some psychiatrists who had *Kosawa's* psycho-analytic training voluntarily. And out of those psycho-analysts trained by Dr. *Kosawa*, came forth the present leading psycho-analysts of Japan, including myself. But in Japan, we have no psycho-analytic institute for the systematic psychoanalytic training except some post-graduate education courses for the psychiatrists and paramedical professionals to receive psycho-analytic training in the psychiatric department of several medical schools, including that of Keio University School of Medicine.

As one of the reasons of this situation, it will be pointed out that the medical education, including post-graduate, in this country are completely centered around the universities.

And, in spite of the fact that there are nearly 60 medical schools in Japan, only seven of them have provided the teaching position for the psycho-analysts who are capable of educating the psycho-analytic psycho-therapy. So there is only one chief professor who has been trained under the formal system of psycho-therapy training and has been practicing psycho-therapy by himself. Except for him the rest of them are the experts of biological research.

The leading psychiatrists (chiefly seniors) still have organic orientation and their clinical practices are mostly based on the descriptive psychiatry of *Kraepelin* and *Bleuler*. So their main clinical interest is in the nosographical diagnosis of the patient and not in treating him psycho-therapeutically.

There is a way of thinking in their establishment that a psychiatrist should devote himself to only symptomatological-nosographical diagnosis, biological treatment, and administration of his paramedical staffs, making good use of their psycho-therapeutic capacities.

2. In Japan, the medical care by the system of national health insurance is popularized and almost all the people receive medical treatment by utilizing this system. According to this system, the psycho-therapy fee costs only about three dollars for one hour session. Because of this low income from psycho-therapy, psycho-therapy as a medical practice is not carried out enough except at the university hospitals where exists the privilege of doing psycho-therapy as training for junior staff and some private hospitals, where they can charge an additional expense to wealthy patients who can receive treatment at their own expense.

There are concerns that in the future such a situation will bring about terrible changes in our field. They are as follow:

a) Under the present system of the national insurance, there will be some situations where psycho-therapy is expelled from medical practice.

b) Some of the psychiatric residents will avoid their practice of psychotherapy. Emphasis will be put on the study and research of neurology and biological science and some of the young psychiatrists will not show their positiveness for psycho-therapy.

3. As a reason for this trend, the Japanese cultural tradition plays an important role. Although Japanese people have apparently achieved a rapid westernization, behind its urbanization and modernization, there are still old traditional human relations and the oriental way of thinking. With the exception of the treatment of psychotics who need hospitalization, a considerable number of people with psycho-somatic disease or neurosis depend on the non-medical old traditional psycho-therapy. In order to cure these conditions they depend on witch doctors, charms, and folk remedies such as needles, moxocautery, massage, and Chinese medicine.

In the situations, which were explained thus far, the psycho-analytically oriented psychiatrists are facing the following difficulties to establish their roles as psycho-therapists.

The opportunity of learning psycho-therapy is not given for the psychiatrists at most of the universities, which have no teaching staff for psychoanalysis and psycho-therapy. The few psychiatrists, who are trained at the above mentioned seven universities, are not given the opportunity for practicing psycho-therapy at the psychiatric hospitals

where they are daily working. And even when they go into private practice, psycho-therapy is unprofitable because of the national health insurance program above mentioned.

Accordingly, it is very difficult for psychiatrists to establish the role of a psycho-therapist as a profession in general psychiatric practice in Japan.

6. On the other hand, although gradually, the younger dynamic psychiatrists have begun to criticize the *Kraepelinian* psychiatrists who operate non-psychotherapeutically and established the present structure of Japanese psychiatric treatment system. In response to the above trend, a voice has begun to appear criticizing that the present system of medical treatment should be rapidly improved to make psycho-therapy occupy a right position in the medical world.

In the dispute of the university at the beginning of 1970, some people of the medical department — young dynamic psychiatrists both in universities and in psychiatric hospitals in general — made various political protests. In this conflict, they played a role as forerunners. The settlement of them, however, has not yet been made.

I think it is necessary for, Japanese psychiatrists, to reconsider their role, their social stand, their identity as psychiatrists.

### *III. Some Problems of Psychiatrist's Role-Diffusion in Common to those of the Dynamic Psychiatrists in the World's Advanced Countries*

I am now in the psychiatric department of Keio University Hospital. As for the dynamic and psycho-analytic orientation, this department has made the best achievements among the treatment and research facilities of psychiatry of all the universities and hospitals in Japan.

For these 10 years, I have been engaged in the education and training of psychotherapy for psychiatrists, psychologists, social workers in this department. I am a psycho-analyst as well as a psychiatrist and have been practicing formal individual psycho-therapy. In addition, I have occupied the position as a supervisor of a team of child and family psycho-therapy consisting in psychiatrists, psychologists, and social workers. On the other hand, it was my task to supervise psycho-therapy of inpatients in the psychiatric ward.

Keio University Hospital is situated both geographically and culturally in the center of Tokyo City. Therefore, almost all the patients of our hospital are the most westernized people in Japan — the majority of the patients belongs to the most urbanized class in Japan. In this respect these people are influenced by the social changes of modern times which are seen in the western advanced countries.

So I would like to give my statement of some general problems about the psychiatrist's role diffusion as psycho-therapist in common to those of dynamic psychiatrists of the world's advanced countries. I was one of the speakers at the conference on "The Psychiatrist's Role in Psycho-therapy", which was held in March, 1973, at Curacao in Caribbean Sea by the Psycho-therapy Section of the World Psychiatric Association. There we shared the experience that the same difficulties were met by dynamic psychiatrists in many advanced countries.

### *1. Psycho-therapy and Socio-historic Changes*

To the public, the role of the psychiatrist has changed together with the socio-historic changes in present day society. With its rapid technological advances, modern society is faced, among other things, with a shift in value orientation, disorganization of the family and dilution of interpersonal relationships. These socio-historic changes have resulted in two separate relationships between the psychiatrist and those involved in non-psychiatric professions.

a) The psychiatrist has taken over some of the roles traditionally performed by parents, non-psychiatric physicians, clergymen and teachers. For example, the psychiatrist now often assumes the role of parents in family therapy, fulfilling to a degree emotional and psychological needs of those children who cannot depend on their parents. As a result of this proliferation of tasks, the psychiatrist's own role has become so dispersed that a diffusion of the psychiatrist's identity may occur.

b) Non-psychiatric professionals have begun to apply a variety of psychotherapeutic techniques to their own professional activities. Consequently, so many newcomers are entering the field of psycho-therapy that the psychiatrist himself might well become only one more psycho-therapist.

### *2. Modifications of Psycho-Therapeutic Techniques*

These socio-historic changes have also necessitated modifications in psychotherapeutic techniques:

a) We are now faced with a variety of new problems from patients seeking psycho-therapy. For instance, there is a shift in psycho-therapy from symptom neurosis to character neurosis and from the schizophrenic patient with classical symptomatology to the adolescent borderline case whose characteristics lie in the pathology of personality organization rather than symptomatology. In addition, we are giving psychotherapy to the suicidal patients with malignant tumors, children of broken homes, the divorced, and those with marital problems.

b) There is a shift in psycho-therapeutic aims as a result of the new variety of patients. For example, the goal of classical psycho-analysis has been the reconstruction of personality in a patient who had already attained a certain level of social development while suffering from neurotic conflict-fixation in childhood. Essentially, the aim of transference-analysis has been to resolve a fixation which occurred in the early development of personality. However, today the goal of psycho-therapy has extended to helping the patient develop his personality. This function of psycho-therapy was originally performed by parents and teachers in the normal course of family training and education. Accordingly, the psycho-therapist must now assume the role of an actual dependency object and, sometimes involuntarily, express his own moral and pragmatic judgements.

c) Changes in therapeutic setting have been made from one to one setting to a multi-disciplinary approach. These changes have been prompted by the increasing application of group psycho-therapy, family therapy, and in-patient psycho-therapy.

Along with these trends psycho-therapy itself is shifting from that performed by the psychiatrist alone to a treatment-team comprised of psychologist, social worker and nurse. Therapeutic use of the interpersonal relations between hospital staffs, the enhancement of inter-communications, and relationships with hospital administration have become recognized functions of modern psycho-therapeutic technique.

All these changes in psycho-therapeutic techniques have made the psychiatrist's role in psycho-therapy ambiguous, since it occasionally places him beyond the framework of treatment in traditional medical systems. The functions of the psychiatrist and non-psychiatric professionals are becoming increasingly interchangeable. In this situation, the psychiatrist is faced with his conflicting roles and the diffusion of his identity.

### 3. *What is the Psychiatrist's Role in Psycho-Therapy?*

In this situation para-medical professionals have less conflicts than the psychiatrist because they are not restricted by the framework of the traditional medical system and are consequently more free to delineate their own roles. The psychiatrist, however, is faced with deeper conflicts since by accepting the support of standard medical traditions and the medical establishment, he is restricted by their canons.

In Japan, in our psychiatric hospitals the psychiatrist and the psychologist play separate roles, particularly in dealing with in-patients. The psychiatrist must perform general administrative work, diagnose, prescribe medication, and treat somatic disturbances, while the psy-

chologist can devote himself to psycho-therapy. Consequently, the psychiatrist has come to assume the role of a house doctor and the psychologist that of a formal psycho-therapist.

A similar phenomenon has also cropped up in the fields of child psychotherapy and family therapy. Psycho-therapeutic treatment is performed in a multi-disciplinary setting under the supervision of the psychiatrist, whose original role as therapist has been replaced by the non-psychiatric professionals.

While these new developments in modern psycho-therapy have resulted in a higher degree of efficiency, today's psychiatrist must deal with a number of new problems:

a) The psychiatrist is forced to find new means of developing his skill as formal individual therapist and establish his identity as psychiatrist within the framework of his increasing duties.

b) The psychiatrist must learn how to handle the complex interpersonal relations not only between himself and his para-medical staff but among the para-medical staff itself.

c) His new role as supervisor of multi-disciplinary therapy is a mixed blessing. It gives him the opportunity to train a para-medical staff to his own needs, while depriving him of the experience as therapist.

At the Curacao Conference, I have proposed some following solutions to those problems facing the psychiatrist in clarifying his role in psycho-therapy:

The psychiatrist should take the responsibility of diagnoses throughout the entire process of psycho-therapy. Diagnosis should include descriptive, symptomatological and etiological diagnosis on functional or organic disorders as well as dynamic-genetic diagnosis on socio-psychological behavior.

The psychiatrist should also take the responsibility for prescribing the exact course of treatment: selection of the method of psycho-therapy and technique, and assignment of the proper staff for various tasks. To do this, the psychiatrist must be able to evaluate and assess all socio-psycho-somatic and interpersonal factors.

Above all the psychiatrist is responsible within his own field of psychiatry not only for the supervision of the non-psychiatric professional staff but also for their training. However, in non-psychiatric field such as judicature, education and industry where experts employ psycho-therapeutic techniques, the psychiatrist must confine himself to the role of a consultant. It is desirable, however, that these non-psychiatric professionals go through a period of psychiatric briefing before performing therapy.



#### IV. Conclusion

As explained above, the dynamic psychiatrists in Japan are facing two-fold difficulties in order to establish their own role as psychotherapists. First is the fact, as mentioned in Part II, that psychiatry and the system of psychiatric service in Japan, are hindering the development of psycho-analysis. The second is, on the contrary, the difficulties which are met in the situations where psycho-analytic psychiatry has developed up to the same level like in the U. S. A. The situations, where we are placed, can be said to be reflecting the conflict between German descriptive psychiatry which has been taking the leadership in Japanese psychiatric tradition and the American dynamic psychiatry which has been introduced to Japanese after World War II.

From this point of view, I have the feeling that the problems of role-diffusion of dynamic psychiatrists in Japan have similarities in many respects with those of West Germany. So I would like to have responses to this report on the role-diffusion of Japanese psychiatrists from dynamic psychiatrists in West Germany.

#### *Die Rollendiffusion des Psychiaters als Psychotherapeut in Japan*

Keigo Okonogi

Für die Schwierigkeiten, denen ein japanischer Psychiater bei der Ausübung einer psychoanalytisch orientierten Psychotherapie ausgesetzt ist, macht der Verfasser historische, kulturelle sowie Faktoren verantwortlich, die mit der Organisation der medizinischen Versorgung zusammenhängen. Der japanische Psychoanalytiker leide an einer „Rollendiffusion“, die Bedingungen entspricht, unter denen Therapeuten auch der westlichen Länder im Bereich der Dynamischen Psychiatrie arbeiten.

Seit dem Ende des 19. Jahrhunderts ist die japanische Psychiatrie bis zum II. Weltkrieg von deutschen psychiatrischen Richtungen bestimmt worden, wie sie insbesondere *Kraepelin* und *Bleuler* vertreten haben. Ihr klinisches Interesse richtet sich in der Hauptsache auf die symptomatologisch-nosographische Diagnose der neurologischen und organischen Disposition des Patienten, nicht aber auf eine psychotherapeutische Behandlung und ihre psychoanalytischen Techniken.

Der Einfluß der amerikanischen Psychiatrie auf die psychiatrische Praxis in Japan begann relativ spät, nämlich erst in den Fünfziger Jahren, als *Heisaku Kosawa*, Begründer der Japanischen Psychoanalytischen Gesellschaft, die Ausbildung von Psychoanalytikern initiierte. Gleichwohl gibt es in Japan kein Institut für eine systematische psychoanalytische

Ausbildung mit Ausnahme von Zusatzkursen in psychoanalytischem Training für Postgraduierte und paramedizinisches Personal an einigen medizinischen Ausbildungsstätten.

Für den Verfasser kommt hinzu, daß die Statusunsicherheit des japanischen Psychoanalytikers auf das Gesundheitssystem und die nationalen Versicherungsorganisationen seines Landes zurückzuführen ist. Für geringe Beiträge kann sich jedermann umfassend medizinisch versorgen lassen. In diesem System belaufen sich die Honorare für eine psychotherapeutische Behandlung auf etwa 3 Dollar pro Sitzung. Wegen dieser geringen Einkommensspannen ist die Psychotherapie im Rahmen des medizinischen Versorgungsbetriebes kaum ausgebaut, außer an Universitätskliniken und Privatkrankenhäusern, wo sie besondere Bedingungen und Privilegien genießt.

Die Isolierung der Psychotherapie von der medizinischen Praxis erscheint in einem noch schärferen Licht, wenn man die kulturellen und traditionellen Befangenheiten in Japan bedenkt. Trotz Technisierung und westlichem Lebensstil bestehen immer noch Bindungen an überholte Entwicklungsstufen. So gibt es eine beträchtliche Anzahl von psychosomatisch und neurotisch Erkrankten, die ihre Zuflucht bei Hexendoktoren, Scharlatanen und „Chinesischer Medizin“ suchen.

Bei all diesen entmutigenden Tatbeständen will der Verfasser jedoch nicht außer Acht lassen, daß in jüngerer Zeit Psychiater darangehen, den *Kraepelinschen* Geist in der Psychiatrie als auch die Flexibilität vermeidende Verquickung von Gesundheits- und Versicherungssystem auf nationaler Ebene zu kritisieren.

Im weiteren Verlauf seiner Ausführungen berichtet der Verfasser von eigenen Erfahrungen an der Keio-Universitätsklinik in Tokio, wo er seit 10 Jahren in der Ausbildung für Psychotherapeuten, Psychologen und Sozialarbeiter tätig ist. Vor diesem Hintergrund zieht *Okonogi* Parallelen zu den Problemen in den westlichen Ländern, die dort dem Psychoanalytiker im Prozeß seiner Rollen- und Identitätsstabilisierung begegnen.

Der Psychotherapeut hat für seine Patienten heute Rollen zu übernehmen, die sonst die der Eltern und von Beziehungs- und Autoritätspersonen waren; dabei muß er in einem hohen Grade Bedürfnissen gerecht werden, die ihm nicht nur emotionalen Streß sondern auch die Aufsplitterung seiner eigenen Identität als Psychiater einbringen können.

Wie in den westlichen Ländern ist zudem eine Änderung der psychoanalytischen Technik notwendig geworden, die im Zuge des gesellschaftlichen Wandels einem veränderten Krankheitsbild entsprechen muß. Deutlich zeichnen sich Tendenzverschiebungen von den Symptomneurosen zu den Charakterneurosen ab: Patienten mit einer klas-

sischen Symptomatologie liegen im Gegensatz zu früher heute eher im pathologischen Feld von Störungen in der Persönlichkeitsorganisation. Diese Strukturveränderungen drängen zu einer erneuten Definition der Ziele der Psychotherapie. War das Ziel der klassischen Psychoanalyse die Wiederherstellung der Persönlichkeit von Patienten, die — nachdem sie bereits eine gewisse Ebene der sozialen Anerkennung und interpersonellen Entwicklung erreicht hatten — an neurotischen Konflikten litten, so liegt das gegenwärtige Motiv der Übertragungs-Analyse in der Behandlung von traumatischen Fixierungen, die auf eine archaische Lebensstufe des Ichs zurückgehen.

Auch das therapeutische Setting hat sich damit verändert. Die Akzente verlagern sich auf Gruppenpsychotherapie, Familientherapie und Techniken, die nicht mehr nur den Psychotherapeuten allein, sondern ein mehrdimensionales Behandlungsteam zur Voraussetzung haben.

In dieser Situation hat der Psychoanalytiker mit einander konfligierenden Rollen fertig zu werden. Dies bedeutet für den Verfasser aber nicht eine unzumutbare Identitätsbelastung, sondern die Chance zur Erlernung neuer Fähigkeiten. Die Nötigung, sich in der komplexen Realität der interpersonellen Beziehungen zu bewegen, die zwischen ihm, seinen Patienten, seinen Kollegen und den Angehörigen des medizinischen Versorgungssystems im weitesten Sinn bestehen, zwingt ihm nicht allein die kränkenden Erfahrungen von Rollendiffusion und Statusgefährdung auf, sondern erlaubt ihm differenzierter als früher, in einem erweiterten wissenschaftlichen und menschlichen Horizont der psychoanalytischen Arbeit seine Identität als Psychotherapeut zu finden.

Author's Address:  
Keigo Okonogi, M. D.  
Associate Professor  
Neuro-Psychiatric Dept.  
Keio University  
School of Medicine  
Hyakunin-cho 2—1—44  
Shinjuku-ku  
Tokyo/Japan

## Liste der eingetroffenen Bücher/Books Received

- Amendt, G.* (1974): Haschisch und Sexualität (Stuttgart: Enke)
- Ammon, Gisela*, Hrsg. (1973): Psychoanalytische Pädagogik (Hamburg: Hoffmann & Campe)
- Ammon, Günter* (1973): Gruppendynamik der Aggression (München: Kindler)
- Ammon, Günter*, Hrsg. (1974): Gruppendynamik der Kreativität (München: Kindler)
- Ammon, Günter* (1974): Psychoanalyse und Psychosomatik (München: Piper)
- Antons, K.*, et. al. (1972): Kursus der Medizinischen Psychologie: Gruppendynamische Didaktik (München: Urban & Schwarzenberg)
- Arlow, J. A.* (Hrsg.) (1973): Selected Writings of Bertram D. Lewin. (New York: The Psychoanalytic Quarterly)
- Arnold, W.*, et. al. (1971): Lexikon der Psychologie (Freiburg: Herder)
- Bally, G.* et. al. (Hrsg.) (1972): Grundzüge der Neurosenlehre Bd. 1 u. 2 (München/Berlin/Wien: Urban & Schwarzenberg)
- Barnes, M.* (1973): Meine Reise durch den Wahnsinn (München: Kindler)
- Barz, H.* (Hrsg.) (1972): Praktische Psychiatrie für Schwestern und Pfleger (Bern/Stuttgart/Wien: Hans Huber)
- Basaglia, F.; Basaglia Ongaro, F.* (1972): Die abweichende Mehrheit — Die Ideologie der totalen sozialen Kontrolle (Frankfurt: Suhrkamp)
- Basquin, M.*, et. al. (1973): Le Psychodrame: Une Approche Psychoanalytique (Paris: Dunod)
- Battegay, R.* (1972): Psychoanalytische Neurosenlehre (Bern/Stuttgart/Wien: Hans Huber)
- Bauer, M.*, et. al. (1973): Psychiatrie — Vorbereitungstexte zur Klinischen und Sozialpsychiatrie (Stuttgart: Thieme)
- Beadle, M.* (1973): Begreif doch was Dein Kind begreift (München: Kindler)
- Beckmann, D.; Richter, H. E.* (1972): Gießen-Test (GT); ein Test für Individual- und Gruppendiagnostik (Bern/Stuttgart/Wien: Hans Huber)
- Behncke, B.* (1972): Psychoanalyse in der Erziehung (München: Kindler)
- Berna, J.* (1973): Kinder beim Analytiker (München: Piper)
- Beutin, W.* (Hrsg.) (1972): Literatur und Psychoanalyse. Ansätze zu einer psychoanalytischen Textinterpretation (München: Nymphenburger Verlagshandlung)
- Bielicki, I.* (1972): Dein Kind braucht Liebe (München: Kindler)

- Biermann, G.* (Hrsg.) (1973): Jahrbuch der Psychohygiene (München/Basel: Ernst Reinhardt)
- Binder, H.* (Hrsg.) (1973): Zwanzig Jahre praktische und klinische Psychotherapie (München: Lehmanns)
- Birnbaumer, N.* (Hrsg.) (1973): Neuropsychologie der Angst (München/Berlin/Wien: Urban & Schwarzenberg)
- Blebschmidt, E.* (1973): Die pränatalen Organsysteme des Menschen (Stuttgart: Hippokrates)
- Bleuel, H. P.* (1972): Kinder in Deutschland (München: Hanser)
- Bleuler, E.* (1973): Lehrbuch der Psychiatrie (Berlin/Heidelberg/New York: Springer)
- Bleuler, M.* (1972): Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten (Stuttgart: Thieme)
- Bowlby, J.* (1973): Mutterliebe und kindliche Entwicklung (München/Basel: Ernst Reinhardt)
- Clauser, G.* (1972): Psychotherapie-Fibel (Stuttgart: Thieme, 4. Aufl.)
- Cranach, M. v.; Finzen, A.* (Hrsg.) (1973): Sozialpsychiatrische Texte (Berlin/Heidelberg/New York: Springer)
- Crowcroft, A.* (1972): Der Psychotiker — Zum Verständnis des Wahnsinns (Frankfurt: S. Fischer)
- Diebold, K.* (1973): Die erblichen myoklonisch-epileptisch-dementiellen Kernsyndrome (Berlin/Heidelberg/New York: Springer)
- Dörner, K.; Plog, U.* (Hrsg.) (1972): Sozialpsychiatrie (Neuwied/Berlin: Luchterhand)
- Doucet, F. W.* (1972): Psychoanalytische Begriffe — Vergleichende Textdarstellung Freud — Adler — Jung (München: W. Heyne)
- Eggers, Ch.* (1973): Verlaufswesen kindlicher und präpubertaler Schizophrenien (Berlin/Heidelberg/New York: Springer)
- Ehrhardt, H. E.* (Hrsg.) (1972): Perspektiven der heutigen Psychiatrie (Frankfurt: Gerhards & Co.)
- Engel, S. W.* (1973): Zur Metamorphose des Rechtsbrechers (Stuttgart: Enke)
- Feldmann, H.* (1972): Hypochondrie (Berlin/Heidelberg/New York: Springer)
- Ferenczi, S.* (1972): Schriften zur Psychoanalyse II (Frankfurt: Fischer)
- Fried, E.* (1973): Der intensive Mensch — Wege zur Änderung passiven Verhaltens (München: Kindler)
- Frosch, J.; Ross, N.* (Ed.) (1972): The Annual Survey of Psychoanalysis, Vol. X, 59 (London: Hogarth)

- Gadamer, H. G.; Vogler, P.* (1972): Biologische Anthropologie (Stuttgart: Thieme)
- Gastager, H.; Gastager, S.* (1973): Die Fassadenfamilie, Ehe und Familie in der Krise (München: Kindler)
- Giese, H.* (1974): Zur Psychopathologie der Sexualität (Stuttgart: Enke)
- Graumann, C. F.* (Hrsg.) (1972): Sozialpsychologie, Bd. 1 u. 2 (Göttingen: Hogrefe)
- Guntrip, H. S.* (1972): Psyche und Gesundheit (Frankfurt: Umschau)
- Halder, P.* (1973): Verhaltenstherapie (Stuttgart: Kohlhammer)
- Hahn, P.; Herdieckerhoff, E.* (1972): Materialien zur Psychoanalyse und analytisch orientierten Psychotherapie (Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht)
- Hartmann, K.* (1972): Theoretische und empirische Beiträge zur Verwahrlosungsforschung (Berlin/Heidelberg/New York: Springer)
- Heigl, F.* (1972): Indikation und Prognose in Psychoanalyse und Psychotherapie (Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht)
- Heigl-Evers, A.* (Hrsg.) (1972): Psychoanalyse und Gruppe (Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht)
- Horney, K.* (1973): Neue Wege in der Psychoanalyse (München: Kindler)
- Horney, K.* (1973): Der neurotische Mensch unserer Zeit (München: Kindler)
- Horney, K.* (1974): Selbstanalyse (München: Kindler)
- Janzen, R.* (1973): Körper, Hirn und Personalität — Ergebnisse der Hirnforschung (Stuttgart: Enke)
- Jovanovic, U. J.* (1972): Sexuelle Reaktionen und Schlafperiodik bei Menschen — Ergebnisse experimenteller Untersuchungen (Stuttgart: Enke)
- Kayser, H., et. al.* (1973): Gruppenarbeit in der Psychiatrie — Erfahrungen mit der therapeutischen Gemeinschaft (Stuttgart: Thieme)
- Keupp, H.* (1972): Psychische Störungen als abweichendes Verhalten — Zur Soziogenese psychischer Störungen (München: Urban & Schwarzenberg)
- Keupp, H.* (Hrsg.) (1972): Der Krankheitsmythos in der Psychopathologie — Fortschritte der Klinischen Psychologie 2 (München: Urban & Schwarzenberg)
- Kraiker, Ch.* (Hrsg.) (1974): Handbuch der Verhaltenstherapie (München: Kindler)
- Kutter, P.* (1972): Psychiatrie — Eine Einführung für Laien (Stuttgart: Klett)
- Leder, A.* (1973): Aufwachepilepsie — Eine testpsychologische Untersuchung (Bern: Hans Huber)

- Lederer, W. J., Jackson, D. D.* (1972): Ehe als Lernprozeß (München: Pfeiffer)
- Lipowski, Z. J.* (Hrsg.) (1974): Psychosocial Aspects of Physical Illness (München/Basel: S. Karger)
- Lorenz, K.* (1973): Die acht Todsünden der zivilisierten Menschheit (München: Piper)
- Luria, S. E.* (1974): Leben — das unvollendete Experiment (München: Piper)
- Matussek, P.* (1972): Die Konzentrationslagerhaft und ihre Folgen (Berlin/Heidelberg/New York: Springer)
- Maré, P. B. de* (1972): Perspectives in Group Psychotherapy — A Theoretical Background (London: Allen & Unwin)
- Mitscherlich, A.* (1973): Auf dem Weg zur vaterlosen Gesellschaft (München: Piper)
- Müller-Fahlbusch, H. A.* (1972): Klinische und katamnestische Untersuchungen zum Parkinsonismus (Stuttgart: Thieme)
- Nissen, G.* (1972): Depressive Syndrome im Kindes- und Jugendalter (Berlin/Heidelberg/New York: Springer)
- Parow, E.* (1972): Psychotisches Verhalten und Umwelt (Frankfurt: Suhrkamp)
- Pearson, G. H. J.* (Hrsg.) (1972): Handbuch der Kinder-Psychoanalyse (München: Kindler)
- Perrez, M.* (1973): Ist die Psychoanalyse eine Wissenschaft? (Bern/Stuttgart/Wien: Hans Huber)
- Petzold, H.* (1972): Angewandtes Psychodrama in Therapie, Pädagogik, Theater und Wirtschaft (Paderborn: Junfermann)
- Pfeiffer, W. M.* (1972): Transkulturelle Psychiatrie — Ergebnisse und Probleme (Stuttgart: Thieme)
- Piaget, J.* (1973): Die Bildung des Zeitbegriffes beim Kinde (Zürich: Rascher)
- Ploeger, A.* (1972): Die therapeutische Gemeinschaft in der Psychotherapie und Sozialpsychiatrie (Stuttgart: Thieme)
- Pohlen, M.* (1973): Gruppenanalyse — Eine methodenkritische Studie und empirische Untersuchung im Klinischen Feld (Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht)
- Rachmann, S.* (1972): Verhaltenstherapie bei Phobien (München: Urban & Schwarzenberg)
- Reichsman, F.*, Hrsg. (1974): Hunger and Satiety in Health and Disease (Basel/München: S. Karger)
- Riess, R.* (1974): Perspektiven der Pastoral-Psychologie (Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht)

- Rogers, C. R.* (1973): Die nicht-direktive Beratung — Counseling and Psychotherapy (München: Kindler)
- Rogers, C. R.* (1973): Die Klient-bezogene Gesprächstherapie (München: Kindler)
- Rohner, P.*, Hrsg. (1972): Verständnis für den anderen (München: Pfeiffer)
- Saß, H. - W.* (1972): Antiautoritäre Erziehung oder die Erziehung der Erzieher (Stuttgart: Metzlersche Verlagsbuchhandlung)
- Shephard, M.; Lee, M.* (1973): Marathon 16 (München: Kindler)
- Sigusch, V.; Schmidt, G.* (1974): Jugendsexualität (Stuttgart: Enke)
- Scheidt, J. v.* (1974): Der unbekannte Freud (München: Kindler)
- Schlemmer, J.*, Hrsg. (1973): Anpassung als Notwendigkeit (München: Piper)
- Schmidbauer, W.* (1974): Emanzipation in der Gruppe (München: Piper)
- Schultz-Hencke, H.* (1972): Die psychoanalytische Begriffswelt (Göttingen: Verlag für med. Psychologie im Verlag Vandenhoeck & Ruprecht)
- Schulte, W.; Tölle, R.* (1972): Psychiatrie (Berlin/Heidelberg/ New York: Springer)
- Schwidder, W.* (1972): Neurose und Psychoanalyse (Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht)
- Stephanos, S.* (1973): Analytisch-psychosomatische Therapie (Bern/Stuttgart/Wien: Hans Huber)
- Stössel, J.* (1973): Psychopharmaka — die verordnete Anpassung (München: Piper)
- Stollberg, D.* (1972): Mein Auftrag — Deine Freiheit (München: Claudius)
- Strotzka, H.* (1972): Gesundheit für Millionen — Sozialpsychiatrie heute (Wien/Hamburg: Zsolnay)
- Strotzka, H.*, et. al. (1973): Neurose, Charakter, soziale Umwelt — Beiträge zu einer speziellen Neurosenlehre (München: Kindler)
- Thomas, K.* (1972): Selbstanalyse — Die heilende Biographie, ihre Abfassung und ihre Auswirkung (Stuttgart: Thieme)
- Tulipan, A. B.; Feldman, S.*, Hrsg. (1972): Psychiatric Clinics in Transition (New York: Brunner/Mazel Publ.)
- Weidlich, S.* (1972): DSC — Diagnosticum für Cerebralschädigung nach F. Hillers (Bern/Stuttgart/Wien: Hans Huber)
- Weitbrecht, H. J.* (1973): Psychiatrie im Grundriß (Berlin/Heidelberg/ New York: Springer)
- Wiegand, R.* (1973): Gesellschaft und Charakter (München: Kindler)
- Winnicott, D. W.* (1972): Playing and Reality (London: Tavistock)



- Zijderveld, A. C.* (1972): Die abstrakte Gesellschaft — Zur Soziologie von Anpassung und Protest (Frankfurt: Fischer)
- Zijlstra, W.* (1972): Seelsorge-Training (München/Mainz: Kaiser-Grüne-wald)
- Züblin, W.* (1972): Das schwierige Kind — Einführung in die Kinderpsychiatrie (Stuttgart: Thieme)

10th European Conference on Psychosomatic Research

15th to 20th September, 1974

Edinburgh, Scotland

This will be held close to the Medical School in other premises of the University of Edinburgh. Certain scientific sessions will be associated with the Glasgow Psychosomatic Society, the Society for Psychosomatic Research of London, and the International Society for Sports Psychology.

“Free” papers will be welcome from all participants,

Postal address:

Secretariat of the 10 th European  
Conference on Psychosomatic Research,  
University Department of Psychiatry,  
Royal Edinburgh Hospital,  
Morningside Park,  
Edinburgh, EH 10 5 HF/Scotland

## Nachrichten

### *Konstituierung von Leitung und Ausbildungsteam des DAP-Instituts Düsseldorf*

Die Deutsche Akademie für Psychoanalyse hat ein Lehr- und Forschungsinstitut in Düsseldorf gegründet, dessen ärztliche und wissenschaftliche Leitung Frau Dr. med. *Regine Schneider*, Lehranalytikerin der DAP, 4043 Holzheim-Düsseldorf, Gellscherstr. 78 (Telefon: 0 21 01 / 46 59 58), übernommen hat. Die stellvertretende Leitung hat Dr. med. *Gerd Röhling* (mit Lehranalysen beauftragt), weiter gehören dem Leiter- und Mitarbeiterstab an: Dipl.-Psych. *Ursula Keller*, Leiterin des Fachbereichs Gruppendynamik der DGG, Raum Düsseldorf (mit Lehranalysen beauftragt), Dipl.-Psych. *Dietrich v. Kries*, Lehranalytiker, Dipl.-Psych. *Edeltraud Wolf*; *Helmut Buck*, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, *Thomas Pollak*; Dipl.-Psych. *Kurt Husemann*, Sekretariat.

Das Institut beginnt im Oktober 1974 mit seiner Ausbildungstätigkeit, welche die Ausbildung zum Psychoanalytiker und Gruppenpsychotherapeuten gemäß den Richtlinien der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) durchführt.

In Zusammenarbeit mit der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (DGG) wird die gruppendedynamische Ausbildung ermöglicht.

Am 15. Oktober 1974 beginnen zwei lehranalytische Ausbildungsgruppen, zu denen noch Teilnehmer (Ärzte und Diplom-Psychologen) zugelassen werden können.

Weitere Informationen gibt das Sekretariat: Dipl.-Psych. *Kurt Husemann*, 5071 Altenberg-Bömerich (Telefon: 0 21 74/23 29).

### *Konstituierung der Studien- und Arbeitsgemeinschaft Wiesbaden der DAP*

Während des Kongresses auf Schloß Weidenkam im Juni 1974 wurde auf Antrag von Dr. med. habil. Dr. phil. *Wolfram Kurth* (Wiesbaden), Vizepräsident und Lehranalytiker der DAP, wegen des starken Interesses an der Ausbildung zum Psychoanalytiker und Gruppenpsychotherapeuten nach den Richtlinien der DAP die Gründung einer Studien- und Arbeitsgemeinschaft Wiesbaden beschlossen. Die Leitung wurde Dr. *Kurth* übertragen.

### *Mitgliedschaft in der World Federation for Mental Health*

Die Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP), die Deutsche Gruppenpsychotherapeutische Gesellschaft (DGG) und die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM) wurden im Juni 1974 Mitglieder der World Federation for Mental Health (Jamaica) und haben auf Einladung der WHO eine informelle wissenschaftliche Zusammenarbeit mit der World Health Organization (Genf) aufgenommen.

Dr. med. *Béla Buda*, Mitglied der DAP aus Ungarn, wird auf der Suizid-Tagung der WHO in Luxemburg im September 1974 *Günter Ammons* Arbeit „Zur Psychodynamik des Suizidgeschehens“ (vgl. *Dyn. Psychiat.* 7, H. 24) verlesen.

Dr. med. *Günter Ammon*, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM) wurde die Ehrenmitgliedschaft in der Sektion Psychiatrie der Pan American Medical Association (PAMA), New York, in Anerkennung seiner Beiträge auf dem Gebiet der Psychosomatischen Medizin verliehen.

Darüber hinaus wurde *Ammon* eingeladen, auf dem Jubiläums-Kongreß anlässlich des 50jährigen Bestehens der PAMA, der vom 24.—29. Oktober 1976 in Hollywood, Florida, stattfindet, ein Hauptreferat zu halten.

#### *Wissenschaftliche Vorträge der DAP 1974*

Dr. *Herman Musaph*, Gründungspräsident der Holländischen Gesellschaft für Psychosomatische Forschung und Leiter der Abteilung Psycho-dermatologie an der Universitätsklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Amsterdam, sprach am 30. 5. 1974 und am 31. 5. 1974 am Münchener und am Berliner Lehr- und Forschungsinstitut der DAP zum Thema „Anniversary Disease“. Als „Gedenktags-Krankheit“ bezeichnete *Musaph* psychische oder psychosomatische Symptome, die im Umkreis von Tagen auftreten, welche für den Patienten besondere emotionale Bedeutung haben: z. B. Festtage, Geburts-, Hochzeits- und Todestage. Dem Kranken ist gewöhnlich der Zusammenhang zwischen dem Gedenktag und dem Beginn des Symptoms nicht bewußt. Dies ist Folge eines ungelösten Trauerprozesses nach einem Verlust.

In der nachfolgenden lebhaften Diskussion wurde der Gruppenaspekt der „Gedenktags-Krankheit“ betont. In diesem Zusammenhang wurden auch milieutherapeutische Projekte als Prophylaxe der Weihnachtsdepression genannt. Die Aufgabe der Therapie bei der „Gedenktags-Krankheit“ sah man in einer nachholenden Trauerarbeit.

#### *5. Gruppendynamische Klausurtagung der DGG*

Die Deutsche Gruppenpsychotherapeutische Gesellschaft (DGG) e. V. veranstaltet ihre 5. gruppendynamische Klausurtagung vom 1.—10. August 1974 in ihrer Tagesklinik Stelzerreut bei Kumreut (Passau). Die Leitung der Tagung hat Dipl.-Psych. *Klaus Semmler*, der Stab der Gruppenleiter wird aus Psychoanalytikern und Gruppendynamikern des Berliner Lehr- und Forschungsinstituts der DGG gebildet.

Er setzt sich wie folgt zusammen:

*H. Buck*, Arzt  
*D. Karras*, Gruppendynamiker  
Dr. theol. *H. Knudsen*  
*P. Schneider*, Psychoanalytikerin  
Dr. med. *G. Röbling*  
Dr. med. *H. Volbehr*

Das Honorar für die Tagung beträgt 600,— DM. Es ist zum Zeitpunkt der Anmeldung auf das Konto der DGG Nr. 510 500 205 bei der Berliner Commerzbank mit dem Vermerk „Klausurtagung“ zu überweisen. Anmeldungen werden bis zum 28. Juli erbeten an:

Deutsche Gruppenpsychotherapeutische Gesellschaft (DGG) e. V., Fachbereich Gruppendynamik, 1 Berlin 15, Wielandstr. 27/28

## VI. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse auf Schloß Weidenkam am Starnberger See vom 9.-13. Juni 1974 „Psychoanalytische Behandlungstechnik“

Das VI. Internationale Symposium der DAP verdeutlichte durch ihre Institute in Berlin, München, Düsseldorf, eine Arbeitsgemeinschaft in Wiesbaden und mit der Teilnahme einer Anzahl von mit der DAP zusammenarbeitenden Psychoanalytikern aus Ost und West das Wachstum der Gesellschaft. Der Schweizer Psychoanalytiker *Gustav Hans Graber* (Bern), einer der frühen Pioniere aus der Zeit von *Sigmund Freud*, schreibt über den Kongreß: „Ich muß gestehen, daß ich wohl überhaupt — trotz meiner reichen Kongreßerfahrungen — keinen so hochqualifizierten und in jeder Beziehung äußerst lebendigen Kongreß erlebt habe, wie den neulich in Weidenkam... Es waren an dem Kongreß Vertreter aus 12 Ländern, besucht wurde er von mehr als 100 Teilnehmern und — bedingt durch die Geschlossenheit der Örtlichkeit — ergaben sich sehr enge und gute Kontakte zwischen den Teilnehmern.“

*Günter Ammon*, der Präsident der den Kongreß veranstaltenden Deutschen Akademie für Psychoanalyse, legte seiner Eröffnungsrede einen Satz *David Rapaports* zugrunde, der als Motto über dem gesamten Kongreß stand: „Die Therapie ist für den Patienten da, nicht umgekehrt der Patient für die Therapie“. Therapeutische Konzepte müssen daher modifiziert oder gar geopfert werden können, wenn sie in einer veränderten Zeit den veränderten psychodynamischen Bedingungen seelischer Erkrankungen gerecht werden wollen. Die Psychoanalyse habe sich auf allen ihren Forschungs- und Praxisgebieten der Forderung nach Weiterentwicklung zu stellen, mit der sie analog die Patienten in der analytischen Situation konfrontiere. Gerade Analytiker seien genötigt, neue Erfahrungen zu machen und fixierte Positionen zu verlassen. „Es gibt für diese Entwicklung sicherlich eine ganze Reihe von Ursachen“, fuhr *Ammon* fort, „... wichtig ist, daß wir als Psychoanalytiker durch diese Entwicklung aufgefordert bleiben, durch die Entwicklung adäquater psychoanalytischer Therapieformen und -techniken ein Spektrum der Behandlungsmöglichkeiten zu entwickeln, zu erweitern und zu differenzieren, das uns erlaubt, dem Spektrum der verschiedenen Krankheitsbilder unserer Patienten so weit wie irgend möglich zu entsprechen.“

Der Geist, der dazu nötig ist, ist sicher nicht Dogmatismus und Orthodoxie, sondern Kreativität und Kooperation, und ich hoffe, daß dies der Geist ist, welcher das VI. Internationale Symposium der DAP erfüllen wird“.

Als ein Politikum besonderen Ranges bezeichneten im Anschluß an die einleitenden Worte *Ammons* der Vertreter der Bayerischen Staatsregierung, Ministerialrat Dr. *Hartmann*, und die Stadträtin Frau Dr. *Schmals-Jakobson*, als Vertreterin des Oberbürgermeisters der Stadt München den erschreckenden Mangel an Psychotherapeuten. Ihre Forderung nach größeren Anstrengungen für die Ausbildung von Psychoanalytikern mit einer ihr entsprechenden Intensivierung der Behandlungskapazität auf allen Gebieten der therapeutischen Versorgung stieß im Auditorium auf lebhaften Beifall. In einer spontanen Erwiderung betonte *Günter Ammon*, daß diese Bedürfnisse freilich nicht allein die privaten psychoanalytischen Fachgesellschaften und deren Institute decken könnten, die wie im Falle der DAP, ihre Kräfte in dieser Hinsicht bis an den Rand ausgeschöpft hätten hier müßte vielmehr der Staat mit seinen Organen helfend eingreifen und organisatorische wie finanzielle Möglichkeiten für psychoanalytische Ausbildung und Forschung bereitstellen.

Als Vertreter der ausländischen Delegation sprachen *Gustav Hans Graber* (Bern), Präsident der Internationalen Studiengemeinschaft für Pränatale Psychologie, *Gottfried R. Bloch* (Los Angeles), *Béla Buda* (Budapest), *Iwan Milakovic* (Sarajevo) sowie Vertreter aus Italien, Österreich, Israel, Spanien, China u. a.

Der wissenschaftliche Teil des Symposiums begann mit einem Vortrag von *Walter Th. Winkler* (Gütersloh) über das Derealisations- und Depersonalisationssyndrom und seine Therapie.

In seiner differenzierten Analyse ging *Winkler* vor allem von der Ich-Psychologie *Paul Federns* aus. Mit *Bin Kimura* sah er in der Depersonalisation eine Störung des Sich-Aktualisierens des Ichs im intentionalen Akt des Bewußtseins. Das Sich-Aktualisieren des Ichs bezeichnete er als die Grundfunktion des Ichs und als Voraussetzung allen Erlebens. In der Derealisation und Depersonalisation habe sich das Ich auf einen Beobachtungsposten zurückgezogen. Die hier vorliegende Entleerung von Ich-Qualität grenzte *Winkler* vom Gefühl der Fremdbeeinflussung ab.

*Béla Buda* (Budapest) setzte sich in seinem Referat „Strategie und Taktik in der Gruppenpsychotherapie“ mit den geschichtlichen, entwicklungsbedingten Voraussetzungen des Begriffs „Therapie“ auseinander. Dabei betonte er die Notwendigkeit, Zusammenhänge zwischen therapeutischen Zielsetzungen, therapeutischen Mitteln und Krankheitsursachen methodisch nachvollziehbar zu bestimmen. Um positivistisch eingegengten, verhaltenstherapeutischen Kritikern zu begegnen, überträgt *Buda* gerade nicht Kriterien erfolgsorientierten therapeutischen Handelns auf die psychotherapeutische Situation. Er empfiehlt stattdessen eine verstärkte analytische Durchdringung besonders gruppentherapeutischer Konzepte. *Buda* fordert eine auf die Indikation abgestimmte spezifische Auswahl von Therapievorbereitung, Mitgliederauswahl, Gruppenmoti-

vation und Interventionstechniken. Dabei müsse insbesondere auch das vom Therapeuten zu leistende Durcharbeiten von Übertragung und Gegenübertragung als wesentliches therapeutisches Instrument mit einbezogen werden.

Der Beitrag *Budas* zielte in seinen Ergebnissen vor allem auf eine intensivere Systematisierung in der taktischen Handhabung von Strategien der Gruppenführung, die im empirischen Praxisbezug den Operationalisierungsspielraum psychoanalytischer Behandlungsmöglichkeiten beträchtlich erweitert.

Der zweite Kongreßtag wurde von *Günter Ammon* mit einem Referat zum Thema „Das narzißtische Defizit als Problem der psychoanalytischen Behandlungstechnik — Ein Beitrag zur Theorie und Praxis der nachholenden Ich-Entwicklung“ eröffnet. Nach einer Schilderung der Ätiologie und Symptomatik der archaischen Ich-Krankheiten (Psychotische Reaktion, Borderline-Syndrom, sexuelle Perversion, psychosomatische Erkrankung) setzte sich *Ammon* mit der Technik der psychoanalytischen Therapie bei diesen Erkrankungen auseinander.

Der Therapeut muß hier zunächst die Ich-Funktionen der Abgrenzung und der reflektierenden Beobachtung stellvertretend übernehmen und den Patienten helfen, diese Strukturen der therapeutischen Situation als eigene Ich-Grenze zu verinnerlichen.

Die Initialphase der Therapie ist meistens eine stabilisierende Notfalltherapie, welche zuerst reale Voraussetzungen für eine Psychoanalyse schaffen muß, z. B. durch Ordnung der äußeren Lebens- und Arbeitssituation. Bei schweren Arbeitsstörungen muß der Analytiker beispielsweise häufig direkt ein detailliertes Aktionsprogramm für den Patienten zusammenstellen und dessen Durchführung überwachen. Hierdurch verdeutlicht er gleichzeitig, daß er dem Patienten in der Auseinandersetzung mit seinen unbewußten Ängsten und Konflikten helfen wird. Die entscheidende Übertragung bei diesen Patienten liegt nicht im Symptomverhalten, sondern in der dahinter liegenden Ich-Störung. Der Analytiker muß zuerst als Hilfs-Ich das durch die frühestkindliche Verlassenheit entstandene narzißtische Defizit ausgleichen erst danach kann der Patient die Therapie als Ort einer nachholenden Ich-Entwicklung akzeptieren und im Schutz der Therapie die Analyse seines Übertragungs- und Symptomverhaltens wagen. Nach Herstellung einer Ich-Identität erst kann der Patient sein Symptomverhalten als Störung erkennen und bearbeiten. Die Definition des neurosenthalerapeutischen Prozesses durch *Freud* als „Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten“ erweiterte *Ammon* für die archaischen Ich-Krankheiten in „Wiederholen, Wiedergutmachen, Erinnern und Durcharbeiten“.

Im Anschluß an *Ammon* sprach *Ursula Keller* (Berlin) über die „Ich-Spaltung in der Perversion“. Ausgehend von dem Konzept der Ich-Spaltung, das bereits *Freud* (1938) als eine primitive, besonders für die Perversion charakteristische Abwehroperation ansah und sie damit in die Nähe der Psychose rückte, betrachtete sie die Perversion auf dem Hintergrund der psychoanalytischen Theorie der Ich- und Identitätsentwicklung als archaische Ich-Krankheit im Sinne *Ammons*. An Hand einer detaillierten Falldarstellung eines Transvestiten stellte sie die Psychodynamik der sexuell perversen Reaktion sowie die therapeutischen Konsequenzen in Theorie und Praxis ausführlich dar.

*Jan Pohl* (München) widmete sich in seinem Referat unter dem Titel „Veränderung der Technik im psychotherapeutischen Prozeß“ vor allem gruppenpsychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten an alkoholkranken Patienten. In Abgrenzung gegen somatologisch reduzierte Zustandsanalysen in der diagnostischen Handhabung des Alkoholismus durch die orthodoxe Schulpsychiatrie und ihrem dieser Problematik gegenüber immer noch virulenten Schwanken zwischen Resignation und Abwehr analysierte *Pohl* die Psychodynamik und pathologischen Konfliktkonstellationen, die Menschen in die Sucht getrieben haben. Die Symptomatik des Alkoholsüchtigen begreift *Pohl* als eine psychodramatisch erzwungene Form, Bedürfnisse nach Zuwendung und Abwehrverhalten gegen Selbstmordtendenzen und Verlassenheitsängsten auf einer archaischen Ebene zu kommunizieren.

Der rigide Einweisungsmodus in eine psychiatrische Klinik und die Dynamik der wechselseitigen Identitätsverweigerung, in welcher der Alkoholkranke dort in der Regel eingespannt ist, spiegelt die traumatische Störung in seiner Ich- und Identitätsentwicklung wider, die er in frühester Kindheit erworben hatte. Im Wiederholungszwang seiner Sucht reproduziert er die defizitäre Struktur einer primär narzißtischen Ich-Schädigung, die er durch provokatives Symptomverhalten einer unterdrückenden psychiatrischen Praxis und der Gesellschaft gegenüber ausagiert. Die Hauptaufgabe im Behandlungsverlauf an Alkoholikern sah *Pohl* daher in einer nachholenden Ich-Entwicklung, die durch ein differenziertes Spektrum psychoanalytischer Techniken von kombinierter Einzel- bzw. Gruppentherapie und der Milieuthherapie gewährleistet werden kann.

Die Hauptreferate von *Gustav Hans Graber* (Bern) und *Astrid Knebel* (Baden-Baden) mit dem Titel „Die pränatal-psychoanalytische Behandlung“ gingen davon aus, daß die in diesem Thema formulierte Technik eine Vertiefung der auf *Freuds* Theorien begründeten Psychoanalyse darstellt. Ausgehend von der klassischen Behandlung im Horizont von Übertragung und Widerstand versucht die pränatale Psychologie entlang unbewußter Regressionstendenzen bis hin zur Totalregression in den vorgeburtlich-embryonalen Zustand traumatisierende Ereignisse im Leben



eines Menschen zu revidieren und die an das vorgeburtliche Trauma in der Verdrängung fixierten Lebenskräfte wieder zu entbinden. Die Referate brachten Ausführungen zu Primärvorgang und Nirwanaprinzip, zu innerer und äußerer Wahrnehmung und berichteten über pränatales Träumen als Vorwegnahme des Sekundärprinzips der Wahrnehmung von Körper, Raum und Zeit. Unter dem Aspekt des Geburtstraumas wurde der pränatal-psychoanalytische Heilungsverlauf mit der atraumatischen Überwindung des Urwiderstands aus der Totalregression beschrieben. Für die Referenten ergibt sich eine zwanglose Integration der Dynamik des prä- und perinatalen Seelenlebens in die Konzepte der Gruppenpsychotherapie, die damit um die Dimension der pränatal-psychoanalytischen Behandlungstechniken erweitert wird.

*Gottfried R. Bloch* und *Noretta Haas Bloch* (Los Angeles) beschäftigten sich mit technischen Varianten der psychoanalytischen Psychotherapie, die in Behandlungsverläufen von posttraumatisch-emotionellen Reaktionen in der Individual- und Gruppentherapie entwickelt wurden. In einer Reihe von behandlungstechnisch aufeinander abgestimmten Interventionen versuchten die Therapeuten, die neurotischen Reaktionen des Patienten auf narzißtische Traumata herauszufinden und zu einer tragfähigen therapeutischen Arbeitsbeziehung mit ihm zu kommen, die das regressive Abwehrverhalten aufdecken und auflösen soll. Die Referenten berichteten von positiven Erfahrungen, die sie mit der Fokalisierung traumatischer Ereignisse und ihren psychopathologischen Folgen gemacht haben und sehen in dieser Methode zusammenfassend eine psychoanalytisch legitime Behandlungsform, deren Resultat schöpferische Bewältigungsmechanismen sind, die dem Patienten helfen, Frustrationen nicht mehr als traumatische Wiederholungen zu erleben, sondern mit ihnen realitätsgerecht fertig zu werden.

*Leopold Bellak* (New York) sprach über „Die Bewertung von Ich-Funktionen und deren Bedeutung für den therapeutischen Prozeß“. Sein Ziel ist die Systematisierung des therapeutischen Vorgehens, die Definition und Erforschung der verwendeten psychotherapeutischen Konzepte.

*Bellak* betonte, daß er es für wichtig halte zu erfassen, welche Ich-Anteile sich zu einem bestimmten Zeitpunkt im Rahmen der Psychotherapie aktualisiere. Gleichmaßen seien Art und Zeitpunkt therapeutischen Vorgehens zu präzisieren. Hierfür sei es wichtig, die verschiedenen Ich-Funktionen in ihrer Ausprägung genau zu diagnostizieren und davon ausgehend, den Therapieplan zu entwickeln. Die präzise Diagnostik der einzelnen Ich-Funktionen könne sich besonders für die systematische Zusammenstellung von Therapiegruppen als fruchtbar erweisen.

*Bellak* zeigte in diesem Vortrag besonders eindrucksvoll die wechselseitige Durchdringung von psychotherapeutischer Arbeit und psychologischer Forschung.

Über die Anwendung psychoanalytischer und verhaltenstherapeutischer Verfahren bei der Impotenz sprach *Hubert Pozarnik* (Ljubljana). *Märthe Burger-Piaget* (Genf) referierte über die Variation der therapeutischen Technik im analytischen Prozeß.

Die Situation der psychiatrischen und gruppenanalytischen Therapie in den großen psychiatrischen Kliniken Jugoslawiens wurde aus den Vorträgen von *Ivan Milakovic* (Sarajevo) und *Ana Rojnik* (Ljubljana) deutlich. *Rolf Schmidts* (München) sprach über das nicht-direktive Interview.

Große Beachtung fanden die lebendigen und originellen Beiträge der Berliner Schule der DAP: *Günter Ammon* sprach über grobe Kunstfehler; *Karin Ammon* (Berlin) über die Handhabung der Gegenübertragung bei Borderline-Patienten; *Gislinde Bass* (München) erläuterte die Technik der von *Ammon* weiterentwickelten psychoanalytischen Milieuthherapie. *Matthias Hirsch* (Berlin) referierte über die Technik der Konfrontation in der Gruppen- und Einzelanalyse. *Gerd Röhling* (Berlin) sprach über den „Wechsel der therapeutischen Technik bei einer Hysterieanalyse“.

*Petra Schneider* (Berlin) berichtete über den schwierigen Versuch eines Therapieabschlusses mit einer Gruppe von drei Patientinnen mit ähnlicher Symptomatik. *Regine Schneider* (Berlin) schilderte die von ihr praktizierte Simultantherapie von Eltern und Kindern. *Fritjof Winkelmann* (Berlin) sprach über den plötzlichen Therapeutenwechsel in der analytischen Gruppen- und Einzeltherapie.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß dieser Kongreß die systematische Erweiterung von Forschung, Therapie und Ausbildung der DAP auf allen Gebieten zeigte, und daß *Ammons* Lehre in Theorie und Praxis inzwischen eine beachtliche Reihe von qualifizierten Schülern in der Bundesrepublik und in Westberlin gefunden hat. Einige fanden mit ihren ersten wissenschaftlichen Veröffentlichungen internationale Anerkennung.

Als wesentliches wissenschaftliches Ergebnis der Tagung muß angesehen werden, daß die Standardmethode als alleinige psychoanalytische Technik ihren dominierenden Rang ebenso verloren hat, wie auch die theoretische Anwendung des Neurosenkonzeptes selbst auf Krankheitsbilder wie Schizophrenie und Psychosomatik. Vielmehr zeigten die Referate des VI. Internationalen DAP-Symposiums in Theorie und klinischer Praxis überzeugend die Entwicklung einer spezifizierten psychoanalytischen Behandlungstechnik für die Vielzahl zu behandelnder Krankheitsbilder.



Prof. Dr. Leopold Bellak  
(Larchmont, N. Y.)



Dr. Günter Ammon (Berlin)



Dr. Béla Buda (Budapest)

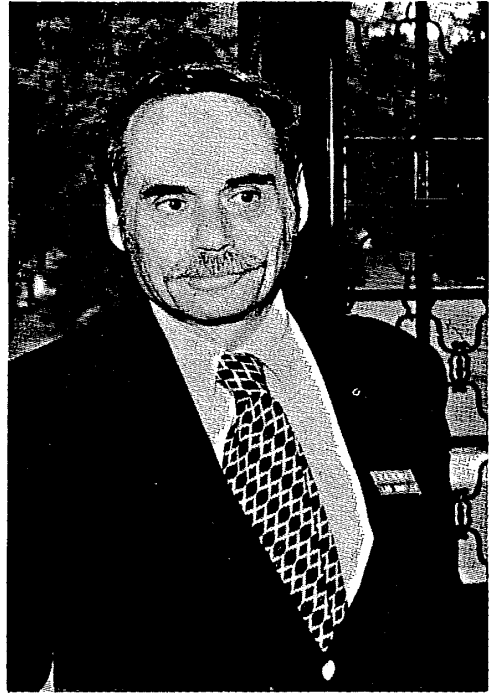


Prof. Dr. Walter Th. Winkler (Gütersloh)

Hauptreferenten des VI. Internationalen Symposiums



Dr. Gustav Hans Graber (Bern)

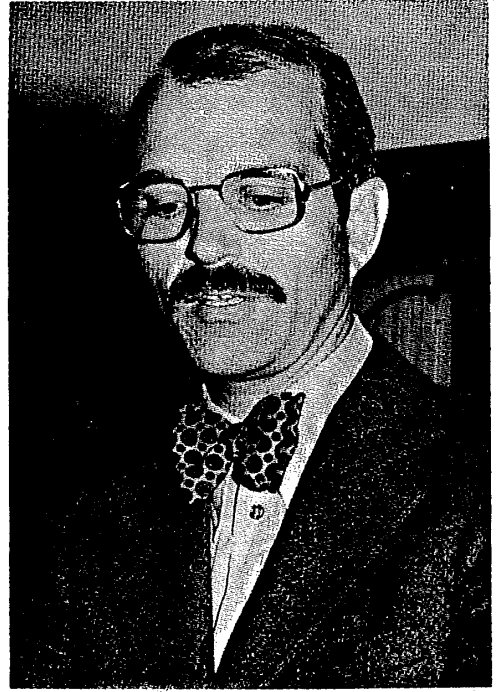


Dr. Gottfried R. Bloch (Los Angeles)

Hauptreferenten auf dem Symposium



Stadträtin Dr. Schmals-Jakobson als  
Vertreterin des Oberbürgermeisters der  
Stadt München



Ministerialrat Dr. Hartmann als Vertreter  
des Bayerischen Staatsministers des  
Inneren, Abt. Gesundheitswesen und  
Verbraucherschutz

Bayerische Regierungsvertreter bei der Eröffnung des Symposiums



Dr. Regine Schneider  
Leiterin des Düsseldorfer Lehr- und  
Forschungsinstituts der DAP



Dr. Marthe Burger-Piaget (Genf)



Prof. Dr. Ivan Milakovic (Sarajevo)



Dr. Jan Pohl, Leiter des Münchener  
Lehr- und Forschungsinstituts der DAP

Referenten des DAP-Symposiums



Dipl.-Psych. Ursula Keller (Düsseldorf)



Dr. Gerd Röhling (Düsseldorf)



Petra Schneider (Berlin)



Gislinde Bass (München)

Referenten auf dem DAP-Symposium