

Dynamische *Dynamic* Psychiatrie *Psychiatry*

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse
Herausgegeben von Günter Ammon

Günter Ammon und Hans-Joachim Hameister

Tod und Sterben als Identitätsproblem —
Ich-psychologische und gruppendynamische Aspekte

Erwin Ringel

Sterben und Tod als Problem des medizinischen Unterrichts

Jan Pohl

Der sogenannte Todestrieb als Abwehrstruktur bei einem Fall
von Psychosomatik, Perversion, Sucht und Suizidalität

Dietrich v. Kries

Probleme der Ich-Regulation am Beispiel der psychosomatischen
Reaktion

8. Jahrgang

3. Heft 1975

PINEL-PUBLIKATIONEN BERLIN

32

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)
8. Jhg., 3. Heft 1975, Nr. 32

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 — G. Murphy, Washington — S. Nacht,
Paris — K. Okonogi, Tokio — G. J. Rose, Rowayton — E. Rosenblatt, Santiago —
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, Güters-
loh — W. Z. Winnik, Jerusalem — E. D. Wittkower, Montreal.

	Seite
Günter Ammon und Hans-Joachim Hameister (Berlin)	129
Tod und Sterben als Identitätsproblem — Ich-psychologische und gruppensdynamische Aspekte Ego-Psychological and Group Dynamic Aspects of Death and Dying	141
Erwin Ringel (Wien)	143
Sterben und Tod als Problem des medizinischen Unterrichts The Problem of the Repression of Death in the Medical Training	156
Jan Pohl (München)	159
Der sogenannte Todestrieb als Abwehrstruktur bei einem Fall von Psychosomatik, Perversion, Sucht und Suizidalität „Death Instinct“ as a Defense Formation, Illustrated with a Case Study of a Psychosomatic Patient with Symptoms of Perversion, Addiction, and Suicidal Behaviour	168
Dietrich v. Kries (Frankfurt)	171
Probleme der Ich-Regulation am Beispiel der psychosomatischen Reaktion Psychosomatic Syndroms as a Problem of Ego-Regulation	176
Buchbesprechungen	178
Nachrichten	187

This journal is regularly listed in *Current Contents*, *Social Science Citation Index*
GW ISSN 0012-740X, *Bio-Sciences Information Service*, and *The Psychological*
Reader's Guide

Tod und Sterben als Identitätsproblem — Ich-psychologische und gruppensdynamische Aspekte*

Günter Ammon und Hans-Joachim Hameister

Ausgehend von der inhumanen Situation der Sterbenden in unserer Gesellschaft beschreibt der Autor die Verleugnung der Realität des Todes und die pathologische Todesangst des Individuums und der umgebenden Gruppe als Ausdruck einer defizitären Ich-Struktur, die zurückgeht auf eine gestörte Ich- und Identitätsentwicklung innerhalb einer erstarrten oder zerfallenen Familiengruppe. Eine Gruppe, die aufgrund unbewusster Existenz- und Todesängste ihren Mitgliedern eine Abgrenzung und Identitätsfindung verweigert, ist auch nicht in der Lage, sich von einem sterbenden Mitglied zu trennen und ihre Gruppengrenzen und Gruppenidentität neu zu bestimmen.

Der einzelne mit nicht erreichter Identität lebt in ständiger Angst vor dem Selbstverlust, weil das eigene Selbst nicht vollendet wurde.

Die Auseinandersetzung mit dem Tod und mit dem Sterbenden sehen die Autoren als letzte Situation der Abgrenzung in einer Entwicklung der Identität des Individuums und der Gruppe, in der jeder Schritt der Identitätserweiterung eine mit Identitätsangst verbundene Trennung bedeutet.

Tod und Sterben galten in allen Zeiten und in allen Kulturen als existentielle Grenzsituationen, welche den einzelnen und die Gruppe — im weitesten Sinne die Gesellschaft — mit der Frage nach ihrem Selbstverständnis, d. h. mit der Frage nach ihrer Identität, konfrontieren. Wenn auch die Antworten, welche diese Frage in den verschiedenen Kulturen und den verschiedenen historischen Epochen gefunden hat, so vielfältig sind, wie das Spektrum der menschlichen Möglichkeiten überhaupt, so kann doch gesagt werden, daß die Auseinandersetzung mit dem Tod, mit der Tatsache der Sterblichkeit und der Begrenzung des Lebens für alle Identitätsbestimmungen des Menschen von zentraler Bedeutung ist.

Die Verdrängung des Todes aus dem Bewußtsein der Öffentlichkeit, wie sie unsere Gesellschaft charakterisiert, die „Verschwörung des Schweigens“, welche das Geschehen von Tod und Sterben umgibt, und die Tatsache, daß die Erwähnung von Tod und Sterben heute zumeist als „Obszönität“ erlebt und entsprechend tabuiert wird (Gorer, 1956), erscheinen vor diesem Hintergrund als Ausdruck einer tiefen Identitätskrise der industriellen Gesellschaften, denen es einerseits gelungen ist, mit Hilfe der modernen Medizin die allgemeine Lebenserwartung weit über das historisch bekannte Maß hinaus zu steigern, die andererseits aber auch, wie bekannt, mehr Menschen gewaltsam zu Tode gebracht

* Vortrag gehalten auf dem 1. Deutschen Regional Meeting des International College of Psychosomatic Medicine (ICPM), 22.—26. September 1974, Schloß Weidenkam (Starnberger See bei München)

haben und bringen, als dies von irgendeiner der historischen Gesellschaften gesagt werden kann.

Sinnfällig deutlich wird die destruktive Dynamik der Abwehrmechanismen, mit denen unsere Gesellschaft die Konfrontation und die Auseinandersetzung mit Tod und Sterben zu vermeiden sucht, unter anderem in der zunehmenden Entmenschlichung der Sterbesituation in unseren Kliniken, wie *Sudnow* (1973) sie erst kürzlich als „organisiertes Sterben“ exemplarisch dargestellt hat. *Sudnow* zeigt, was alle Ärzte wissen und was für viele von ihnen zum Problem geworden ist, daß die Organisation dieses „organisierten Sterbens“ zumeist allein darin besteht, den Sterbenden zu isolieren, sobald er als solcher erkannt ist, und damit auch das Problem zu umgehen, mit dem der Tod ihn selbst und die umgebende Gruppe konfrontiert. Gerade die Ausgrenzung und Isolation des Sterbenden und die Ausklammerung des Todes aus dem Bewußtsein der Öffentlichkeit aber haben dazu geführt, daß der Identitätsaspekt des Geschehens von Tod und Sterben wieder zum Problem geworden ist.

Und zwar zuerst für die betroffenen Ärzte, Schwestern, Pfleger und Sozialarbeiter, deren professionelle Identität, nämlich Leben zu erhalten, wiederherzustellen oder auch um jeden Preis zu verlängern, durch die Konfrontation mit dem Sterbenden erschüttert und in Frage gestellt wird. Das hat dazu geführt, daß in den letzten Jahren immer häufiger versucht wurde, die ärztliche Haltung gegenüber dem Tod und das Verhalten gegenüber dem Sterbenden zu überprüfen und neu zu bestimmen.

Die folgenden Überlegungen zu den Ich-psychologischen und gruppendynamischen Aspekten der Auseinandersetzung mit dem Identitätsproblem von Tod und Sterben sind ein Versuch, zu dieser Diskussion einen psychoanalytischen Beitrag zu liefern.

Ich möchte zeigen, daß die pathologische Todesangst und die Entmenschlichung der Sterbesituation, die sie hervorruft, als Spiegel und gewissermaßen als Konzentrat jener selbstzerstörerischen Abwehrmechanismen verstanden werden können, die bereits den Lebensprozeß des Sterbenden beschädigt und verstümmelt haben. Dabei möchte ich deutlich machen, daß eine derartige Pathologie immer verbunden ist mit einer eingeschränkten, zumeist defizitären Ich-Struktur, die zurückgeht auf eine bereits in frühester Kindheit gestörte Ich-Entwicklung im Medium einer erstarrten oder zerfallenden Familiengruppe.

Lassen Sie mich zunächst eingehen auf den Ich-psychologischen Aspekt der Todesangst. Wie wir in der psychoanalytischen Arbeit immer wieder feststellen können, beinhaltet die Angst vor dem Tode nicht so sehr eine Angst vor dem Schmerz und der Qual des Sterbens. Die Todesangst

ist vielmehr eine Angst vor dem Zustand der Nicht-Existenz, vor dem Verlust des Selbsterlebens und des Selbstgefühls. Ihr Kern ist mit anderen Worten eine Angst vor dem Verlust der erlebten und gestalteten Ich-Identität. Menschen, denen im Rahmen ihrer frühen Ich-Entwicklung der Aufbau eigener Ich-Grenzen und die Abgrenzung einer eigenen Identität nicht oder nur partiell gestattet wurde, leiden daher häufig unter einer extremen, unbewußt gewordenen Todesangst im Sinne einer ständigen Angst vor dem Verlust ihrer schwachen und defizitären Ich-Identität.

Verantwortlich für eine derartige Dynamik sind nach meinen Erfahrungen pathologisch erstarrte und erfahrungsunfähige Familiengruppen, die aufgrund unbewußter Konflikte und Ängste, insbesondere der Mutter, nicht in der Lage sind, das Kind beim Aufbau seiner Ich-Grenzen und bei der Entfaltung seiner Ich-Funktionen adäquat zu unterstützen. Vor allem wird das Kind in der Auseinandersetzung mit den archaischen Trennungs- und Vernichtungsängsten allein gelassen, die mit dem Schritt zur Abgrenzung und Bestimmung einer eigenen Identität immer verbunden sind. Die Folge sind unbewußte Identitätskonflikte, deren pathogene Dynamik darin zum Ausdruck kommt, daß sowohl das Bedürfnis nach Ich-Autonomie und nach Abgrenzung der eigenen Identität, als auch jeder konkrete Schritt in diese Richtung mit unbewußten Todes- und Vernichtungsängsten verbunden wird, die dann mit Hilfe selbstzerstörerischer Abwehrmechanismen dem Bewußtsein ferngehalten werden müssen. Das Kind ist dann unfähig, sich von den undifferenzierten Objekten der frühen Lebenszeit zu trennen, und verharret ganz oder partiell in einer symbiotischen Abhängigkeit von Mutter und Gruppe. Die schließlich erzwungene Trennung durch Schule, Universität, Beruf usw. macht dann in Form des hervortretenden Symptomverhaltens die Ich-Verletzung manifest, die als „Loch im Ich“ im Sinne eines lebensgeschichtlich erworbenen und verinnerlichten narzißtischen Defekts alle weitere Ich- und Identitätsentwicklung beeinträchtigt und häufig gänzlich arretiert. An die Stelle einer von irrationalen Ängsten und Schuldgefühlen freien Entfaltung der zentralen Ich-Funktionen der konstruktiven Aggression und der Kreativität tritt ein stereotypes, jeweils spezifisches Symptomverhalten, das ebenso als Ausdruck der fortbestehenden symbiotischen Abhängigkeitsbedürfnisse erscheint, wie es auch als Versuch einer destruktiv deformierten Abgrenzung gegenüber den als bedrohlich erlebten inneren Objekten verstanden werden kann.

Dieses Symptomverhalten, wie ich es in einer Reihe von Arbeiten als Spektrum der archaischen Ich-Krankheiten beschrieben habe (Ammon, 1973, 1974), ist immer mit extremer, unbewußt gewordener Todesangst verbunden. Es dient gewissermaßen zugleich als Abwehr und als psychodramatische Darstellung dieser Angst.

Ich möchte das anhand eines kurzen Fallbeispiels verdeutlichen. Ein 25jähriger Student, der wegen schwerer Depressionen und einer quälenden Intentionslähmung die Behandlung aufsuchte, erlebte im Zuge der Übertragungsdynamik immer wieder Zustände äußerster Bedrückung, verbunden mit lähmender Todesangst. Er hatte in seiner Kindheit und Jugend unter schweren psychosomatischen Erkrankungen in Form von Hauterkrankungen und von Asthma bronchiale gelitten. Die schweren Depressionen waren aufgetreten, nachdem er sich im Zuge eines Lehrganges für Autogenes Training von den Asthmaanfällen befreien konnte. Seine in der Analyse mit Todesangst erlebten Zustände bezeichnete er als „Asthma ohne Asthma“. Die analytische Arbeit konnte den psychodynamischen Hintergrund dieser Zustände allmählich erhellen. Sein Totstellreflex war die Antwort auf eine in der Übertragung wiedererlebte symbiotische Abhängigkeit von der Mutter, die den Patienten an sich gefesselt und ihm keinerlei Recht auf ein eigenes Leben zugestanden hatte. Sie hatte das Kind auf Anraten des Hausarztes bekommen, als das beste Mittel zur Abwehr ihrer eigenen Todes- und Existenzangst. Jeden Schritt des Patienten in Richtung Abgrenzung und Autonomie hatte sie mit der Drohung beantwortet, sie müsse sterben oder sie werde sich unbringen. In unbewußter Identifikation mit der Mutter war daher auch der Patient aus Angst vor dem Tod — hier: vor dem Verlassenwerden durch die Mutter — in ein ungelebtes Leben geflüchtet, zunächst mit psychosomatisch ausagierte Symptomatik, später mit psychosenahen Depressionen und einer Intentionslähmung, die im Totstellreflex des „Asthma ohne Asthma“ kulminierte. Erst als es gelang, im Rahmen der Analyse die archaische Vernichtungs- und Todesangst zu bearbeiten, welche der Patient mit der Trennung von der Mutter unbewußt verband, wurde es ihm möglich, das „ungelebte Leben“ schrittweise aufzugeben und aktiv Schritte zur Abgrenzung und Gestaltung seiner eigenen Identität zu tun. Seine analytische Arbeit bestand in diesem Sinne in einer intensiven Auseinandersetzung mit der Todesangst, mit der ihn die Übertragung konfrontierte, und die er allmählich als ausagierte Existenzangst der verinnerlichten Mutter erkennen konnte.

Das zitierte Beispiel kann meines Erachtens den Ich-psychologischen Aspekt der pathologischen Todesangst in einigen wichtigen Punkten verdeutlichen.

1. Diese Angst wurzelt in der Angst vor der Trennung und Abgrenzung gegenüber der Mutter bzw. den verinnerlichten frühen Objekten.

2. Sie ist um so stärker und entfaltet eine um so destruktivere Dynamik, je ausgeprägter die unbewußte Existenz- und Todesangst der Mutter bzw. der Primärgruppe insgesamt war. D. h. der einzelne agiert in seiner pathologischen Todesangst die Angst der Gruppe aus, die ihm die Abgrenzung der eigenen Identität verweigert hat bzw. ihm die adäquate

Unterstützung in der Auseinandersetzung mit den damit verbundenen Ängsten versagte.

3. Bedingung für die Fähigkeit zur Abgrenzung der Identität und für ihre aktive und kreative Erweiterung ist daher die gelingende Auseinandersetzung mit der Todes- und Trennungsangst, die mit der Ich-Abgrenzung verbunden ist. Das sich entwickelnde Ich ist dazu — wie wir immer wieder feststellen können — auf die Hilfe und die Unterstützung einer erfahrungsfähigen Mutter und Gruppe angewiesen. Versagt die Primärgruppe aufgrund eigener ungelöster Ängste in dieser Funktion, ist sie nicht in der Lage, Trennung und Abgrenzung zu ermöglichen oder wenigstens zu tolerieren, dann ist die Folge auf seiten des einzelnen zumeist eine Flucht in das stereotype und destruktive Symptomverhalten eines ungelebten Lebens, das *Erich Fromm* (1939) einmal treffend als „Quelle und Folge aller Zerstörung“ bezeichnet hat. Auf seiten der Gruppe aber führt dies dazu, daß Problem der Trennung und Abgrenzung überhaupt tabuiert und aus dem Selbstverständigungsprozeß der Gruppe und ihrer Mitglieder ausgeschlossen werden müssen.

4. Das bedeutet aber, daß die Gruppe als ganze unfähig wird, sich der Auseinandersetzung mit dem Geschehen von Tod und Sterben zu stellen und in dieser Auseinandersetzung ihre eigenen Grenzen zu bestimmen.

Ich möchte im folgenden diesen gruppenspezifischen Aspekt der pathologischen Todesangst näher untersuchen. In der Erforschung der Familiengruppen Ich-kranker Patienten mit pathologischer Todesangst stoßen wir immer wieder auf den Umstand, daß Tod und Sterben so gut wie völlig aus der Gruppenkommunikation ausgeschlossen werden. Insbesondere den Kindern wird die Einsicht in die kollektive Identität der Sterblichkeit und der irreversiblen zeitlichen Begrenzung allen Lebens verwehrt. Damit wird bereits im frühen Alter die Omnipotenzvorstellung eines ewigen Lebens und unbegrenzter Möglichkeiten gesetzt; eine Phantasie, die einerseits alle Identitätsprozesse hemmen muß und die andererseits die Konfrontation mit Trennung, Sterben und Tod per definitionem zu einer unerträglichen und unverständlichen Katastrophe machen muß.

Zur Mystifizierung von Tod und Sterben trägt auch der Umstand bei, daß die Konfrontation mit Tod und Sterben heute nicht mehr — mit Ausnahme vielleicht von ländlichen Kulturen — zu den selbstverständlichen frühen Erfahrungen des Lebens zählt. Tod und Sterben bezeichnen vielmehr Vorgänge, die auch real zumeist außerhalb der Gruppengrenze stattfinden und von denen in vielen Fällen auch die engeren Angehörigen ausgeschlossen bleiben. Das bedeutet aber, daß der exemplarische Trennungsprozeß des Sterbens im Rahmen der Grup-

pe weder real erlebt noch kreativ bearbeitet und gestaltet werden kann. Die Gruppe verliert ihre Funktion gegenüber dem Sterbenden; gleichzeitig wird sie der Möglichkeit beraubt, in der Auseinandersetzung mit dem Sterbenden ihre eigene Grenze zu bestimmen. Wie wichtig dies ist, zeigt die folgende Schilderung einer Gruppensituation, die durch die Trauer um den Verlust einer zentralen Figur bestimmt wird. Der Bericht stammt von *Raoul Schmiedeck* (1968) und betrifft die Reaktion von Patienten einer psychiatrischen Klinik, anlässlich des Todes der Chefpflegerin, einer 38jährigen Negerin: „Wir riefen eine Versammlung aller Patienten und des Personals ein, wie wir das zu tun gewohnt waren für alle wichtigen Ereignisse, und in dieser Versammlung gab ich die Nachricht von ihrem Tod bekannt. Die Reaktion der Patienten — und auch mancher der Pfleger — kam in drei Stufen: zuerst ärgerliche Kritik, daß man sie hatte sterben lassen, dann ein Ausdruck der Gefühle von Verlust, Verlorensein und Trauer und schließlich der Beschluß, zu ihrem Begräbnis zu gehen. Es mag bezeichnend sein, daß ich mich nicht erinnern kann, von wem dieser Vorschlag gemacht wurde, jedenfalls wurde er gemacht, von der Familie der Toten akzeptiert, und zwei Tage später gingen die Patienten, alle Ärzte, Schwestern und Pfleger zu ihrem Begräbnis. Vier Pfleger trugen den Sarg. Das Begräbnis fand in einer Negerkirche statt; für die meisten von uns war es das erstemal, daß wir an einem Negerbegräbnis teilnahmen. In der Kirche wurde vom Chor und später von der Kongregation gesungen. Der Gesang war punktuert mit rhythmischen „Amen“, die Angehörigen weinten und lamentierten laut und begannen, die Tote zu rufen. Als Gesang und Schreien lauter wurden, wurde ich besorgt, daß der eine oder der andere der Patienten dem Druck nicht würde standhalten können, der sich zunehmend bemerkbar machte. Ich befürchtete einen unkontrollierten Ausbruch, vielleicht psychotischer Natur, der den Rahmen der Zeremonie sprengen würde. Gerade das Gegenteil geschah. Als der Rhythmus des Singens zunahm und mehr und mehr Leute zu weinen begannen, fielen auch die Patienten ein, und plötzlich fanden wir uns alle schluchzend und schüttelnd. Soweit ich sehen konnte, blieb niemand davon unberührt. Später, als der Sarg geöffnet wurde und einer nach dem anderen von uns an ihm vorbeiging, hatte ich einen anderen ängstlichen Moment. Aber wieder ging alles gut. Wir verließen die Kirche in völliger Stille und fuhren im Autobus zurück zum Spital. Weder auf dieser Fahrt noch in den nächsten Wochen wurde diese Stille wesentlich gebrochen. Es war, als hätten die Patienten den Tod unserer Pflegerin akzeptiert und als gäbe es nicht mehr viel über ihn zu sagen. Wir hatten befürchtet, daß ihr Tod zu ernstesten Regressionen führen könnte, besonders auch, weil nicht lange vorher ein Patient auf der Station gestorben war, und wir in der Folge eine ganze Reihe von

Rückschlägen hatten. Nichts dergleichen geschah. Wir sahen kein verstärktes Zurückziehen, keine Depression und auch kein verwahrlostes Benehmen. Ich möchte sagen, daß wir mehr durch Intuition als Überlegung einen richtigen Weg gegangen sind. Wir haben getan, was kulturell üblich ist, und sind durch eine intensive Form der Trauer gegangen; durch ein konzentriertes und anscheinend erfolgreiches Durcharbeiten des Verlustes.“

Die hier geschilderte Situation macht meines Erachtens beispielhaft deutlich, worum es in der Auseinandersetzung der Gruppe mit dem Tode eines ihrer Mitglieder geht. Einerseits dient die Trauerfeier der Vergegenwärtigung des Verstorbenen. Sein Name wird gerufen, sein Leben wird erinnert; die Gruppe nimmt ihn sozusagen in sich hinein, indem sie noch einmal beschwört, welche Identität er als Lebender hatte und was er für sie bedeutete. Indem sie dies tut, bestimmt sie auch ihre eigene Identität als Gruppe, deren Mitglied der Verstorbene war. Der Tod ihres Mitgliedes wird als zentrales Gruppengeschehen, als gemeinsames Problem ihrer Mitglieder akzeptiert, und die Gruppe bringt dies in ihrem Erleben und Verhalten zum Ausdruck. Auf diese Weise schließt sie zugleich auch erneut ihre Gruppengrenzen. Sie akzeptiert die durchgearbeitete Trennung durch den Tod als Realität.

Unseres Erachtens folgt die Auseinandersetzung einer Gruppe mit einem sterbenden Mitglied einer ähnlichen Dynamik. Mit dem Unterschied, daß hier nicht ein Toter, sondern ein Sterbender im Mittelpunkt steht und daß die Aufgabe der Gruppe nicht darin besteht, sich die Identität eines Toten zu vergegenwärtigen, sondern einem Sterbenden bei der endgültigen Abgrenzung seiner Identität behilflich zu sein. Dies setzt voraus, daß sie als Gruppe auch in der Lage ist, dem Sterbenden seine Identität als Sterbender zu gestatten, d. h. als eines Gruppenmitgliedes, das sich endgültig von der Gruppe trennt und sie verläßt.

Gerade hierzu aber ist die pathologisch erstarrte Gruppe nicht in der Lage. Exemplarisch deutlich wird dies in der bereits zu Beginn angesprochenen Situation des „organisierten Sterbens“. *Sudnow* (1973) macht z. B. darauf aufmerksam, wie abrupt der Wechsel in der Einstellung der umgebenden Gruppe — in diesem Fall das Personal der Klinik — gegenüber dem Sterbenden ist, sobald er als Sterbender erkannt wird. Bis zu dem Zeitpunkt, an dem diese Diagnose gestellt wird, gilt der Sterbende als jemand, dessen Identität darin besteht, daß seine Lebensfunktionen aufrechterhalten und wiederhergestellt werden müssen. Sobald er ein Sterbender ist, verliert das Personal ihm gegenüber seine Funktion und damit häufig das Interesse. Wichtig ist er nun nur noch hinsichtlich der Probleme, welche Leichenherrichtung, Transport usw. mit sich bringen.

Dem entspricht eine Haltung des Arztes und auch der Angehörigen, welche den Sterbenden bis zuletzt als jemanden behandeln, der nicht sterben darf. Er wird häufig über seinen Zustand so lange wie irgend möglich hinweggetäuscht und seine Todesangst angesichts der bevorstehenden endgültigen Trennung wird abgewehrt und bagatellisiert, sie wird nicht zugelassen. Gerade das, was sowohl für den Sterbenden selbst als auch für die umgebende Gruppe — seien dies nun die Angehörigen oder das Klinikpersonal — das zentrale Problem ist, nämlich die bevorstehende unausweichliche Trennung und die damit verbundenen Gefühle der Angst und des Schmerzes, wird aus der Kommunikation ausgeklammert. Der Sterbende steht nicht im Mittelpunkt einer an seinem Sterben teilnehmenden Gruppe, er findet sich vielmehr gerade als Sterbender ausgeschlossen, isoliert und allein gelassen.

Die heute weithin üblich gewordene Praxis einer medizinisch-technischen Lebensverlängerung um jeden Preis gehört in diesen Zusammenhang. Sie bezeichnet die radikale Konsequenz einer Haltung, welche Sterben und Tod nicht als existentielle Gegebenheiten des menschlichen Lebens akzeptiert, die als Identitätsproblem von der Gruppe und dem einzelnen erlebt und gestaltet werden wollen. Statt dessen werden Tod und Sterben auf ihre biochemisch-physiologische Dimension reduziert. Eine Reduktion, die in der Behandlung des Sterbenden dann auch praktisch realisiert wird. Als bewußtloser Organismus wird er durch medizinisch-technische Maßnahmen so lange in Funktion erhalten, bis alle Hilfsmittel und alle Lebenskräfte erschöpft sind. Die individuelle Lebensgrenze wird mit anderen Worten soweit hinausgeschoben, daß sie weder für den Sterbenden selbst noch für die umgebende Gruppe im Bereich des bewußten Erlebens und Gestaltens liegen kann. Ein Sterbegeschehen im Sinne der erlebten und gestalteten Trennung kann daher auch gar nicht mehr stattfinden. Tod und Sterben erscheinen dann als bloße Naturvorgänge, die eine distanzierte Beobachtung erfordern und die daher menschliche Teilnahme auch nicht verlangen können.

Meines Erachtens stellt eine derartige Flucht vor der Konfrontation mit dem Tod, die dem Sterbenden das Wissen um das bevorstehende Ende vorenthält, ein existentielles Vergehen dar. Niemand gibt dem Arzt, dem Geistlichen oder den Angehörigen das Recht, den Sterbenden um die Auseinandersetzung mit seinem Tod zu betrügen und ihn damit zum Komplizen der eigenen Todesverdrängung zu machen. Psychodynamisch erscheint eine solche Haltung als Ausdruck unbewußter Omnipotenzphantasien, die den Tod als Einbruch in den eigenen Machtbereich und damit als narzißtische Kränkung erlebt. Der Tod wird dann als ein aggressiver Akt des Sterbenden erlebt, als Bedrohung eines realitätsfernen Selbstverständnisses der Gruppe bzw. — im Falle des „organisierten Sterbens“ — der Institution und ihrer Angestellten. Er wird

gefürchtet als ein letzter Akt der Nichtanpassung und der Rücksichtslosigkeit, mit dem der Sterbende die unbewußten Normen des Selbstverständnisses der Gruppe oder der Institution relativiert.

Auch für psychodynamisch intakte Gruppen, die ihren Mitgliedern die Entwicklung und die kreative Erweiterung einer eigenen Identität zu gestatten vermögen, bedeutet der Tod die Konfrontation mit einer endgültigen Trennung und einem irreversiblen Abbruch der Kommunikation. Sie sehen darin jedoch nicht einen aggressiven Akt des Sterbenden im Sinne eines abzuwehrenden Angriffs gegen das Selbstverständnis der Gruppe, vielmehr sind sie in der Lage, die Auseinandersetzung mit dem Sterbenden in den Gruppenprozeß zu integrieren und als Erfahrung aufzubewahren. Der Sterbende wird hier zum Mittelpunkt der Gruppe, von der er sich trennt und die ihn bis an die Grenze seines Lebens begleitet. Derartige Sterbesituationen in Form von kreativen Sterbe- und Trauerfeiern, in denen die Gruppe sich selbst und den Sterbenden mit der bevorstehenden Trennung konfrontiert, finden wir in allen bekannt gewordenen Kulturen. Sie zeigen, daß die Auseinandersetzung mit dem Sterbenden von diesen Gruppen als Bereicherung der Gruppenidentität erfahren und bewahrt werden kann. Sterben und Tod bezeichnen dann Vorgänge, die sich nicht außerhalb einer als pathologisch eingegengten und erstarrten Gruppengrenze abspielen, sondern die im Gegenteil einen bewußten Mittelpunkt des Gruppengeschehens bilden. In diesen Fällen wird dann auch deutlich, daß nicht allein die Gruppe dem Sterbenden gegenüber eine Funktion erfüllt, indem sie ihm beisteht und ihm den eigenen Tod auch gestattet. Es zeigt sich vielmehr, daß auch der Sterbende der Gruppe gegenüber eine Funktion wahrnimmt. Durch seine spezifische Auseinandersetzung mit dem Tode, durch die Art und Weise, wie er stirbt, stellt er gewissermaßen die Lebensgrenze als Identitätsgrenze dar und gibt in diesem Sinne einen Beitrag zur Gestaltung der Gruppengrenze und der Gruppenidentität.

In diesem Zusammenhang erinnere ich mich an die Sterbesituation eines bekannten Malers und Kunsthistorikers. Er hatte zu seinem 85. Geburtstag eine Gesamtausstellung seines Lebenswerks erlebt. Ein Jahr später versammelte er die Gruppe seiner Freunde und Angehörigen um sein Krankenbett. In vollem Bewußtsein des unmittelbar bevorstehenden Todes besprach er mit ihnen die Gestaltung seines Begräbnisses — er hatte eine autobiographische Darstellung seines Lebens verfaßt, von der er wünschte, daß sie an seinem Grabe verlesen werden sollte —, dankte ihnen für die Freundlichkeiten, die sie ihm erwiesen hatten und verabschiedete sich schließlich von ihnen mit einem Glas Sekt. Unmittelbar darauf starb er.

Dieses kurze Beispiel eines bewußt erlebten und durch den Sterbenden selbst gestalteten Todes kann deutlich machen, daß ein gelingen-

des Sterben immer an die Voraussetzung eines erfüllten Lebens gebunden ist. Nur wer die Begrenzung seines Lebens akzeptieren kann, wer sein Leben frei von irrationalen Ängsten und Schuldgefühlen verwirklicht, wer sich selbst existent machen und sich als existent erleben kann, nur der kann auch sterben. Der zitierte Maler hinterließ der Gruppe, von der er sich verabschiedete, keine Schuldgefühle, er konnte sterben und die Gruppe konnte ihn auch sterben lassen.

Die durch unbewußte Existenzangst und durch irrationale Schuldgefühle geprägte kranke Gruppe ist dagegen auch häufig unfähig, sich von ihren Toten zu trennen. Der Tod eines Gruppenmitgliedes wird dann nicht akzeptiert. Die Realität der durch den Tod erfolgten Trennung wird verleugnet. Der Tote darf gewissermaßen nicht sterben. Die Folge ist, daß die Gruppe sozusagen ständig mit einem toten Mitglied lebt, das in den unbewußten Gruppenphantasien als nach wie vor lebendes Gruppenmitglied gilt. Die Realität des Todes wird zu einer ständigen narzißtischen Kränkung, die unbewußt als eine immer neue Verletzung der Gruppengrenze erlebt und abgewehrt wird.

Eine derartige Gruppenpathologie bildet nach meiner Erfahrung den psychodynamischen Hintergrund besonders tiefgreifender Identitätsstörungen, die sich häufig auch bei jahrelanger intensiver Therapie als therapieresistent erweisen. So habe ich in meiner Praxis wiederholt erlebt, daß Patienten sich unbewußt mit einem frühverstorbenen Elternteil identifizieren, zumeist mit dem im Krieg gefallenen Vater. In der therapeutischen Situation erschienen diese Patienten zumeist starr und schweigend. In Gruppensituationen reagierten sie unvermittelt aggressiv. Zumeist aber entzogen sie sich dem Gruppengeschehen, das sie andererseits mit gespannter Aufmerksamkeit kontrollierten. Ihre Wirkung auf die Gruppe war lähmend, sie riefen eine diffuse Angst hervor, die nicht bearbeitet werden konnte, denn sie selbst waren sozusagen nicht anwesend. Ihr eigener Gruppenplatz blieb gewissermaßen tot und leer. Trotz ihrer Identifikation mit dem toten Vater, den sie ausagierend als ein alles kontrollierendes totes Gruppenmitglied darstellten, waren diese Patienten in der Regel unfähig, in der Therapie eine Vaterübertragung zu entwickeln und zu bearbeiten. Es zeigte sich vielmehr, daß die Identifikation mit einem Toten, den sie real zumeist gar nicht erlebt hatten, Teil einer extremen symbiotischen Mutterbindung war. Die Patienten identifizierten sich mit einem Toten, dessen Tod die Mutter nicht akzeptieren konnte und von dem sie sich nicht zu trennen vermochte. Ihre Identifikation mit dem Toten war ein Versuch, dem unbewußten Wunsch der Mutter zu entsprechen, nämlich den Toten, und dadurch auch die Mutter selbst, wieder lebendig zu machen. Dieses unbewußte Bedürfnis der Mutter, welche den Tod des Ehemannes als narzißtische Kränkung erlebt und verleugnet hatte, aber kam für die

Patienten einem Identitätsverbot gleich. Mutter und Primärgruppe hatten ihnen sozusagen nur den Platz eines Totenstellvertreters eingeräumt, sie jedoch als eigenständige Persönlichkeiten stets negiert und im Stich gelassen. Einer dieser Patienten sagte einmal, die Mutter habe immer dann, wenn er schwer erarbeitete Erfolge vorzuweisen hatte, bedauert, daß der tote Vater, den er nie gesehen hatte, dies alles nicht mehr erleben könne. Dadurch, so meinte er, habe sie das Erreichte immer wieder völlig entwertet und zunichte gemacht. Dieser Patient, der aus sehr beengten Verhältnissen heraus ein erfolgreicher und anerkannter Wissenschaftler geworden war, hatte sein Leben lang vergeblich versucht, von der infantilen Mutter als Person im eigenen Recht anerkannt zu werden. Die Mutter aber war dazu nicht im Stande. Sie hatte den Tod des Vaters nie akzeptiert. Sie fand, daß er ganz sinnloserweise noch in den letzten Kriegstagen gefallen sei. Als besonders kränkend empfand sie, daß der Vater Soldat geworden war, um seine Eltern zu rächen, die bei einem Bombenangriff ums Leben gekommen waren.

Dieses kurze Beispiel kann meines Erachtens die pathogene Dynamik einer Familiengruppe verdeutlichen, die unfähig ist, die mit dem Tod erfolgte Trennung als Realität zu akzeptieren und zu bearbeiten. Der als narzißtische Kränkung erlebte Tod wird abgewehrt und verleugnet. Der Tote gilt als jemand, der „eigentlich noch da sein müßte“. Er gilt als aggressiv, weil er gestorben ist und ein Loch in die Gruppengrenze gerissen hat. Unbewußt wird vom Toten erwartet, daß er selbst diese Lücke wieder schließt, um der Gruppe bzw. der Mutter die Auseinandersetzung mit der Trennung zu ersparen. Mit der Realität dieser durch den Tod unwiderruflich gegebenen Trennung aber wird auch die lebendige Wirklichkeit der Gruppe selbst abgewehrt. Sie ist unfähig, diese Wirklichkeit gegenüber dem Toten abzugrenzen. Ihr Selbstverständnis wird dann von unbewußten Omnipotenzphantasien bestimmt, die in der Regel vom Krankheitsträger der Gruppe dargestellt werden müssen. Der zitierte Patient, der darunter litt, daß er in der therapeutischen Gruppe nicht über seine Gefühle und Probleme sprechen konnte, erlebte z. B. sich selbst unbewußt als eigentlichen Therapeuten der Gruppe. Er hatte das Gefühl, daß er die Probleme aller Patienten durchschaute und betrachtete es als seinen persönlichen Erfolg, wenn Mitpatienten in der Lage waren, ihr Leben konstruktiv zu verändern. Seinen eigenen Problemen gegenüber aber fühlte er sich ohnmächtig, hilflos und minderwertig. Die Analyse ergab, daß er den toten Vater ähnlich erlebt hatte, nämlich als gleichzeitig allmächtig und ohnmächtig, als jemanden, „der alles sieht, alles weiß und alles beobachtet, der aber nichts tun und nichts erleben kann“. Schließlich konnte er erkennen, daß er in seiner Phantasie und in seinem Verhalten die unbewußte Trennungsangst der Mutter ausagierte, die den Tod des Vaters nicht akzeptieren konnte und den Toten immer

zugleich als anwesend und abwesend behandelt hatte, ähnlich wie in ihrem Verhalten gegenüber dem Patienten.

Der psychodynamische Zusammenhang einer konfliktuös gestörten Abgrenzung der Primärgruppe gegenüber einem Toten mit der Ich-Störung eines Gruppenmitgliedes, das zum Krankheitsträger wird, tritt in diesem Beispiel deutlich hervor. Es zeigt sich, daß eine Gruppe, die aufgrund unbewusster Trennungs- und Todesängste unfähig ist, sich den Toten gegenüber abzugrenzen und einem verstorbenen Gruppenmitglied die Identität eines Toten, d. h. eines unwiderruflich von ihr Getrennten, zuzugestehen, auch nicht in der Lage ist, ihren lebenden Mitgliedern Raum und Unterstützung für eine aktive Bestimmung und Erweiterung seiner eigenen Identität zu geben.

Wir stoßen hier auf einen Zusammenhang, der meines Erachtens für das Verständnis der Psychodynamik von Tod und Sterben entscheidende Bedeutung hat. Die Art und Weise, wie eine Gruppe sich ihren Sterbenden und ihren Toten gegenüber verhält, bringt unmittelbar zum Ausdruck, welchen Lebensradius sie ihren Mitgliedern ermöglicht und dem Sterbenden ermöglicht hat. Eine Gruppe, die nicht in der Lage ist, mit dem Sterbenden auf der Basis der Realität, d. h. der Sterblichkeit aller Menschen zu kommunizieren und sich mit ihm gemeinsam der existentiellen Angst zu stellen, die mit der irreversiblen Trennung vom Leben und von den Lebenden notwendig verbunden ist, kann auch nicht über die Trennungs- und Identitätsängste kommunizieren, die ein notwendiger Bestandteil jeder aktiven und kreativen Abgrenzung und Erweiterung der eigenen Identität sind. Denn die Trennungssituation des Sterbens ist psychodynamisch betrachtet nur die letzte einer langen Kette von Trennungssituationen. Die Ängste, welche sie mobilisiert, unterscheiden sich qualitativ nicht von den Gefühlen jeder anderen Trennungssituation. Sie werden allerdings um so undifferenzierter sein, je weniger der Sterbende in seinem Leben Gelegenheit zu einer aktiven Bestimmung und Neubestimmung seiner Identität gehabt hat.

In den sogenannten primitiven Kulturen findet dieser psychodynamische Zusammenhang seinen Ausdruck in der Institution der Initiationsriten, die als eine Art gemeinsamer psychodramatischer Gestaltung der mit Todesangst verbundenen Identitätsschritte der heranwachsenden Gruppenmitglieder verstanden werden können. Die zunehmende Entmenschlichung der Sterbesituation in unserer Gesellschaft und die pathologische Todesangst, die sie hervorruft, erscheint vor diesem Hintergrund nur als ein Indiz für die destruktive Dynamik kommunikationsunfähiger Gruppen, die nicht erst den Sterbenden seiner Identität berauben, indem sie ihn ausgrenzen und isolieren, sondern die bereits dem Lebenden eine von irrationalen Ängsten und Schuldgefühlen freie Abgrenzung und Entfaltung seiner Identität verweigert haben. So begrüßenswert daher die

Bemühungen um eine Humanisierung der Sterbesituation sind, wie z. B. die von *Saunders* beschriebene Arbeit des Londoner St. Christopher's Hospice, so meine ich doch, daß diese Bemühungen sich nicht auf eine Reform des „organisierten Sterbens“ beschränken dürfen. Es ist zu spät, wenn erst dem Sterbenden geholfen wird, sich mit der Tatsache seines bevorstehenden Todes auseinanderzusetzen, und unsere Aufgabe kann nicht allein darin bestehen, den Sterbenden in Frieden sterben zu lassen. Wichtiger ist, daß wir bereits den Lebenden darin unterstützen, den Tod als Teil seines Lebens zu akzeptieren und dieses Leben im Medium einer erfahrungsfähigen Gruppe zu gestalten.

Ego-Psychological and Group-Dynamic Aspects of Death and Dying

Günter Ammon and Hans-Joachim Hameister

Confrontation with death and dying, confrontation with the limitation of life has central importance in the search for identity of individuals and the groups in which they are living.

Ammon regards repression and negation of death in our society as a manifestation of a severe identity crisis. Illustrative for the destructive defense of death and dying is the growing dehumanization of the situation of dying patients in our hospitals, in which in an "organized" process of dying the patient is isolated from the group of his fellows, who on their part try to escape confrontation with death.

In discussing the ego-psychological and group-dynamic aspects of fear of death *Ammon* points out the connection between pathological fear of death and its defense by individuals and society and a defective ego-structure, which goes back to a disturbed ego-development in a rigid primary group. Fear of death is essentially a fear of non-existence, a fear of the loss of the sense of self.

Ammon demonstrates these dynamics in a case study, in which the patient experienced states of extreme depression and fear of death in analysis, after he had overcome a severe asthma bronchiale. The patient had resorted to psychosomatic illness in order to escape from a mother, who due to her own existential anxieties and fear of death had clung to her son and who had always responded with suicidal threats to his attempts of ego-demarkation.

Demarcation of identity and its creative growth are dependent upon a successful confrontation with fear of death and fear of separation, which is necessary for the finding of self. If the group, because of own anxieties, hinders the process of separation and of the demarcation of

the ego, the individual will flee into symptom behaviour while the group remains unable to confront separation and limitation and finally death and dying.

Such family groups refuse to the children to become aware of the limitation of life. This attitude is favoured by our culture, in which it has become nearly impossible to experience death in a group. Phantasies of omnipotence, of an eternal life make the confrontation with death almost unbearable and catastrophic. The group loses its function for the dying person and does not allow him to define once more the boundaries of his ego and that of the group in working-through his dying-process.

The confrontation of a group with a dying member should generally show following dynamics: The group must allow the dying one to feel the identity of a group member who is going to leave the group for ever and it has to support him in this process.

The approaching separation, which is the central problem of the dying person, and of his group, is camouflaged, the dying one is isolated and left alone. This attitude is a manifestation of unconscious phantasies of omnipotence which make death to an impairment of the power of the physicians and to a narcissistic insult. Death is experienced as an aggressive, selfish act of the dying one.

Literatur

- Ammon, G.* (1973): *Dynamische Psychiatrie* (Neuwied/Darmstadt: Luchterhand)
 — (1974): *Psychoanalyse und Psychosomatik* (München:Piper)
Fromm, E. (1939): Selfishness and Selflove. In: *Psychiat.* (11) 517
Gorer, G. (1956): Die Pornographie des Todes. In: *Der Monat*, 58—62
Schmiedede, R. (1968): Zur Psychodynamik von Tod und Trauer. In: *Dyn. Psychiat.* (1) 110—120
Sudnow, D. (1973): *Organisiertes Sterben* (Frankfurt: Fischer)

Sterben und Tod als Problem des medizinischen Unterrichtes**

Erwin Ringel *

Ausgehend von dem Faktum der Todesverdrängung beleuchtet der Autor das gegenwärtige Selbstverständnis der Medizin und die Situation in der medizinischen Ausbildung. Die Verdrängung von Tod und Sterben bezeichnet nicht allein ein allmeinggesellschaftliches Problem, sondern das der Medizin in einem spezifischen Sinn. Die in der Medizin vorherrschende Tendenz, den Tod als ausschließlich pathologisches Phänomen zu sehen, das mit Mitteln der auf die Physiologie des menschlichen Organismus einwirkenden Techniken bekämpft wird, zeigt kaum Anknüpfungspunkte für die Vielfalt psychodynamischer Faktoren, die für die viel weiter reichende existentielle Problematik verantwortlich sind, daß Menschen unter den destruktiven Zwängen aus ihrem Unbewußten sich schließlich einer tödlichen Psychosomatik ausgeliefert sehen. Gerade aber die Bedingungen für die Entstehung pathologischer Angstreaktionen und ihrer Manifestationen in dem umfassenden psychosomatischen Geschehen von Tod und Sterben sollten Gegenstand der wissenschaftlichen Ausbildung und Forschung der Mediziner sein. Nach Auffassung des Autors gehören die Erkenntnisse, die an dieser Stelle gewonnen werden, zu einer Menschlichkeit, in welcher der Arzt dem sterbenden Patienten Freund und Partner sein kann.

Von vielen Seiten wird jetzt die Notwendigkeit erkannt, die Verdrängung des Todes in unserer Gesellschaft allmählich aufzuheben — dieses Symposium ist ein eindrucksvoller Beweis dafür. Was aber dabei immer wieder übersehen wird ist die Tatsache, daß von dieser Verdrängung auch die Medizin betroffen ist, auch hier also grundlegende Änderungen nötig sind.

Auf den ersten Blick scheint es freilich paradox: Kann man denn in der Medizin, die ja eigentlich den Kampf mit dem Tod zum Gegenstand hat, eine solche „Wegschiebung, Ausschaltung“ überhaupt durchführen? Die Praxis beweist es immer wieder: man kann und man ist sehr „erfolgreich“ dabei. Es fängt schon in der Anatomie an: Es handelt sich dort nicht um gestorbene Menschen, sondern um Leichen, die keine persönliche Geschichte haben. Und auch in der pathologischen Anatomie reicht der Brückenschlag zwischen Leben und Tod über einen Vergleich der in diesen beiden „Befindlichkeiten“ erhobenen Befunde kaum hinaus und kann damit die weitgehende Entpersönlichung menschlichen Schicksals nicht aufheben. Und in den anderen Fächern? Davon, daß wir den Tod bestenfalls aufschieben, aber nicht besiegen können, ist kaum die Rede; statt des-

* Prof. Dr. med., Leiter der Psychosomatischen Abteilung des Allg. Krankenhauses der Stadt Wien, Ehrenpräsident der International Association for Suicide Prevention (IASP)

** Vortrag gehalten auf dem 1. Deutschen Regional Meeting des International College of Psychosomatic Medicine (ICPM), 22.—26. September 1974, Schloß Weidenkam (Starnberger See bei München)

sen wird der Eindruck der allmächtigen Medizin vermittelt, eine erste Grundlage des späteren Gefühls ärztlicher Omnipotenz, der so oft zur Anmaßung der „Götter in Weiß“ wird. *Toynbee* hat einmal gesagt: „Der Tod ist unamerikanisch, eine Beleidigung des unveräußerlichen Rechts jedes Bürgers auf Leben, Freiheit und den Verfolg des Glückes.“ Viele Ärzte wandeln im Zeichen der soeben beschriebenen falschen Ausbildung (wer könnte es ihnen verdenken?) dieses Zitat dahingehend ab, daß sie den Tod als „unmedizinisch“ empfinden, gleichsam als Widersinn der ärztlichen Existenz, als persönliche Kränkung und Entwertung. Aus dem vermittelten Gefühl der Allmacht muß — ob es nun bewußt oder „nur“ unbewußt wirksam ist — der Eindruck resultieren: Jeder eintretende Tod ist Folge meines Versagens (dieses automatische, krankhafte Gefühl hat nichts zu tun mit selbstverständlich notwendiger, von der Situation des Einzelfalles abhängiger Selbstkritik), ich bin somit daran schuld. Welchen Weg pflegt man gegenüber einem solchen Allgemeingefühl, einem solchen Vorwurf einzuschlagen: Natürlich den der Verdrängung, des Wegschiebens, heißt es doch zurecht im Englischen: *Success has many fathers, a failure is only an orphan.* (Auf die katastrophalen Folgen dieser Verdrängung kommen wir noch zurück.) Daher ist es unbedingt nötig, daß wir uns die Frage vorlegen: Was müßte in der medizinischen Ausbildung geändert werden, um die diesbezügliche Situation zu verbessern? Meine diesbezüglichen Vorschläge möchte ich in sechs Punkten zusammenfassen, die bei Umfang und Bedeutung des Themas selbstverständlich nicht Anspruch auf Vollständigkeit erheben können.

1. Im Unterricht müßte klargestellt werden, daß die Verdrängung des Todes — wie jede andere Repression auch — pathogen wirksam sein kann. Daß Sterben und Tod als unerwünschte, unangenehme Geschehnisse verdrängt werden, scheint verständlich, auch hier aber wird das Ausweichen mit Symptomen bezahlt, die oft noch qualvoller erlebt werden, als es die Konfrontation mit der Wirklichkeit des Sterbenmüssens wäre; die Lebensfreude wird durch sie noch gründlicher gestört. Als solche „Ersatz“-Symptome sind hier anzuführen:

a) Irrationale Angst. Sie hat natürlich mit Realangst, wie sie in lebensbedrohlichen Situationen selbstverständlich und als Schutzmechanismus unbedingt notwendig ist, nichts zu tun. Jedes verdrängte Gefühl hat ja, wie wir von *Freud* wissen, die Tendenz, wieder ins Bewußtsein einzudringen und bedroht damit die Intaktheit der Person (sonst hätte ja keine Wegschiebung stattfinden müssen), worauf diese mit massiver unerklärlicher Angst reagiert. Typisch ist natürlich auch, daß der Leidende keinen Zusammenhang zwischen Angst und verursachendem Faktor herstellen kann, weil ihm ja letzterer durch die Verdrängung unbekannt wurde. So imponieren diese Zustände durch ungerichtete Angst, oft vergesellschaftet mit entsprechenden vegetativen Begleitsymptomen — häu-

fig zeigt die Anamnese, daß dem Ausbruch der Symptome der Tod eines nahestehenden Menschen vorausgegangen ist. Es scheint mir sehr wichtig darauf hinzuweisen, daß man — bei aller Betonung der entscheidenden Bedeutung der primären Neurotisierung in den ersten sechs Lebensjahren — auch im späteren Leben verdrängen kann, wodurch die Aktualneurosen entstehen; gerade die Verdrängung der eigenen Todesproblematik führt häufig zu solchen neurotischen Angstreaktionen.

b) Oft verdichtet sich die verdrängte Todesproblematik zu ausgeprägten hypochondrischen Beschwerden und Ideen, in denen auch Symptome von Angehörigen, Freunden usw. nachgeahmt werden (Identifizierung — besonders gefördert durch gleichzeitig bestehende Ambivalenz). Wenn man diese Patienten befragt, ob sie sich mit dem eigenen Tod bewußt beschäftigt haben, hört man gewöhnlich ein entschiedenes Nein. *Kauders* (1934) hat in seiner Arbeit „Der Todesgedanke in Neurose und Psychose“ darauf hingewiesen, daß die Hypochondrie im Falle einer ersten lebensbedrohenden Erkrankung als Warnsignal versagt, eine Beobachtung, die wiederholt Bestätigung findet. Der Mechanismus ist also lediglich — wie jedes neurotische Symptom — geeignet, Erbitterung, Angst und Selbstbestrafung auszudrücken, während er als „Warnposten“, sozusagen im Vorfeld zum Schutz der Persönlichkeit aufgestellt (als den man ihn ja immerhin ahnungslos interpretieren könnte), völlig versagt.

c) Ein weiteres Symptom, das in Zusammenhang mit der verdrängten Todesangst immer wieder in Erscheinung tritt, ist die mißglückte Altersadaptation. Das Leben eines psychisch gesunden Menschen muß nach vorne gerichtet, in seinen Ideen und Plänen zukunftsbezogen sein. Je älter wir werden, desto mehr müssen wir der Begrenztheit unserer Existenz ins Auge sehen. Für viele ist dies ein unerträglicher Gedanke, sie weichen aus, „schauen weg“, blicken nur mehr zurück, träumen einseitig von vergangenen schönen Zeiten, hören auf, die biologische Lebenskurve psychologisch mitzumachen, erstarren zu „Erinnerungssalzsäulen“ (*C. G. Jung*). Sie verlieren damit nicht nur das vorausschauende Planen (um es mit Fontane auszudrücken „Ja, das möchte ich noch erleben“), sondern auch die Gegenwartsbezogenheit, die ja nur durch das Gefühl der Verbundenheit mit anderen hinsichtlich gemeinsamer Ziele zustande kommt. Wenn wir bedenken, daß daraus neben der bereits erwähnten Hypochondrie auch Isolierung, Verbitterung, Depression und Selbstmordtendenz resultieren können, lauter Phänomene, die innerhalb der stets steigenden Zahl alter Menschen immer mehr anzutreffen sind, werden wir verstehen, daß hier für die Verdrängung der Todesproblematik wahrlich ein zu hoher Preis bezahlt wird.

d) Wiederholt ist auf den Zusammenhang bestimmter Schlafstörungen (verzögertes Einschlafen, Etappenschlaf, gehäufte Träume mit Todes-

angst, frühzeitiges Erwachen) mit verdrängter Todesproblematik hingewiesen worden (z. B. von Meyer, 1973, in seinem Buch: „Tod und Neurose“). Nicht zufällig ist der Schlaf als Bruder des Todes, als ein „kleiner Tod“ bezeichnet worden. Da wie dort verlieren wir das Bewußtsein und geben uns etwas Dunklem, Unbekanntem in die Hände, wie es im Lied heißt: „Morgen früh, wenn Gott will, wirst Du wieder geweckt!“ Schlafen können hat daher in gewissem Sinne auch Vertrauen zur Umgebung und Gefaßtsein auf den Tod (= bewußte Auseinandersetzung mit ihm) zur Voraussetzung.

2. Der Mediziner muß wissen, daß heute Ungezählte — wir wollen sagen Neurotiker — daran arbeiten, ihren Tod zu beschleunigen. Ob in jedem Menschen ein Todestrieb wirksam ist, wie es Freud postulierte, bleibe dahingestellt (einiges spricht dafür, daß alles Belebte, Bewegte, bei aller Tendenz zur Selbsterhaltung, endlich auch in den Zustand der Ruhe zurückzukehren wünscht). Daß aber bestimmte Persönlichkeiten einen pathologischen Drang entwickeln, dieses Ende zu beschleunigen, steht außer Zweifel (und ich würde nur für diese krankhafte Tendenz den Ausdruck Todestrieb verwenden). Wir sehen dies insbesondere bei den psychosomatischen Erkrankungen, wo neurotische Selbstschädigung direkt in neurotische Selbstzerstörung übergeht. Wenn wir heute die psychosomatischen Erkrankungen als eine Sonderform der Neurose ansehen (worüber Einigkeit bestehen sollte), so ergibt sich sogleich die Frage, wieso es gerade bei diesen Neuroseformen im Gegensatz zu allen anderen (den Psychoneurosen) zu einer Somatisierung (= Somatoneurose) kommt. Wir glauben, dies bereits einigermaßen (noch lange nicht vollständig) erklären zu können: Da ist zuerst die frühzeitige Neurotisierung (auf die ich später noch zurückkommen werde) durch die Mutter, in jenen Perioden, in denen dem Kind nur die Organsprache (im Bereich der jeweils besonders libidinös besetzten Organe) zur Verfügung steht, um seine Konflikte, vor allem seine Ambivalenz, auszudrücken: so wird ein erstes psychosomatisches Reaktionsmuster der erste Ausdruck der Somatisierung der Neurose sein. Ferner mag die Organminderwertigkeit (im Sinne *Adlers*, 1920) eine Rolle spielen, weil sie gleichsam ein *Punctum minoris resistentiae* und damit ein „Entgegenkommen der Organe“ offeriert. Aber neben all dem spielt der Lebensstil eine entscheidende Rolle, z. B. insbesondere bei jenen psychosomatischen Erkrankungen, die heute immer häufiger zum Tode führen, den Herz-Kreislaufstörungen (vor allem essentielle Hypertonie, Managerkrankheit, Herzinfarkt). Oberflächliche Beobachter wären vielleicht geneigt, hier von einer äußeren Streßwirkung zu sprechen, bei näherem Erforschen aber sieht man, daß es sich um durch innerseelischen Druck erzwungenen Streß handelt, um neurotisch fixierte Verhaltensmuster als Erzwinger eines pathogenen Lebensstiles. Hier wird das Wort *Voltaire's* traurige Wirklich-

keit: „Die häufigste Todesursache ist die Art des vorhergehenden Lebens“, nur daß es sich eben um unbewußte Selbstzerstörungstendenzen handelt (ähnlich wie der „Selbstmord mit Messer und Gabel“, den viele durch ihre Eßgewohnheiten begehen, auch nicht durch das Überangebot an Nahrungsmitteln, sondern durch neurotische Koppelung von Partialtrieben verursacht wird). Es ist relativ leicht, äußeren Streß (der nicht in seiner sozialen Bedeutung verharmlost werden soll) von innerem neurotischen zu unterscheiden: ersterer kann immer mit einigem guten Willen aller Beteiligten irgendwie modifiziert werden, letzterer ist ein Diktator, der sich jedem guten Ratschlag oder Hilfeversuch von außen entzieht — hier gibt es nur eine Lösung: die Bewußtmachung der unbewußten Determinanten durch aufdeckende Psychotherapie.

Natürlich gibt es noch viele andere Formen eines unbewußt beschleunigten Todes, vor allem die verschiedenen Arten der Sucht. Auf einem psychosomatischen Symposium müßte aber besonders der Begriff des „psychogenen Todes“ Erwähnung finden, dem *Stumpfe* (1973) vor kurzem eine Monographie gewidmet hat. Das geschichtlich bekannteste Beispiel dafür ist der Voodoo-Tod, vor allem in Afrika beobachtet und untersucht. Mit Nachdruck muß darauf hingewiesen werden, daß man nicht nach Afrika gehen muß, um so ein Geschehen zu erleben. In unseren Spitälern sterben immer wieder ältere Menschen wegen relativ „harmloser“ Beschwerden, trotz aller Bemühungen der Ärzte; man weiß eigentlich nicht woran, und auch die Autopsie liefert keine ausreichende Erklärung der Todesursache. Erst die „psychische Autopsie“, die Rekonstruktion der gegebenen seelischen Situation liefert den gemeinsamen Nenner und damit die Erklärung: alle diese Patienten befanden sich in innerer, oft auch äußerer Isolation, verbunden mit dem intensiven Gefühl der Hoffnungslosigkeit — sie führt zu jener Reaktionslosigkeit des Abwehrsystems, die es schon Bagatellerkrankungen erlaubt, tödlich zu enden. Zusammen mit *Hoff* (1964) habe ich diesen Vorgang als eine „Psychosomatische Dekompensation“ bezeichnet: wie soll der Arzt rechtzeitig dagegen Maßnahmen auf psychosomatischer Basis ergreifen, wenn er über die diesbezüglichen Zusammenhänge nicht genügend informiert wird, weil Ganzheitsmedizin im Lehrplan einfach noch immer zu wenig berücksichtigt erscheint?

3. Jeder Kranke hat psychische Probleme, von deren erfolgreicher Lösung ganz wesentlich der Verlauf der Erkrankung abhängt. Das gilt selbstverständlich besonders für die lebensbedrohlichen Krankheiten — der Begriff der „hoffnungslosen Leiden“ wird heute weitgehend nicht mehr benutzt, wir wissen, daß hier die Prognose von Fall zu Fall sehr verschieden sein kann, je nach der Intensität der immunbiologischen Reaktion, die wieder entscheidend von der Psyche abhängig ist. Hierbei handelt es sich um ein psychosomatisches Problem im weiteren Sinne,

im Gegensatz zur speziellen Psychosomatik, die sich mit vorwiegend psychisch verursachten Krankheiten beschäftigt. Vieles spricht dafür, daß die rechtzeitige und aktive Auseinandersetzung mit der Art des Leidens den Eintritt eines terminalen Stadiums verhindern oder zumindestens wesentlich hinausschieben kann. In diesem Zusammenhang eine bange Frage: Was lernen die Medizinstudenten darüber, wie der Arzt im Gespräch mit dem Patienten, aber auch seinen Angehörigen (vor kurzem erst hat *Cermak* (1973) in ihrem Buche „Ich klage nicht“ eindrucksvoll gezeigt, welche Rolle für den Krankheitsverlauf das Gefühl spielt, von den nächsten Kontaktpersonen unterstützt bzw. im Stich gelassen zu werden) diese Auseinandersetzung günstig beeinflussen kann? Kaum ein Wort wird darüber verloren, der künftige Arzt bleibt bei Meisterung dieser besonders schwierigen Aufgabe praktisch auf sein „Fingerspitzengefühl“ (das natürlich notwendig, aber allein einfach zu wenig ist) angewiesen, d. h. unausgebildet sich selbst überlassen. Dabei haben einige Untersuchungen in letzter Zeit, darunter die meines Freundes *Kalle Achte* (1970) in Helsinki, Hinweise dafür erbracht, daß wahrscheinlich die Prognose etwa maligner Tumore besser wird, wenn der Patient zu einem Zeitpunkt, wo noch ein Kampf zwischen den Tumorzellennestern und dem Gesamtorganismus stattfindet, in der richtigen Weise über die Art seines Leidens informiert wird und er anschließend lernt, gegen dieses Leiden aktive Kräfte zu entwickeln. Das würde bedeuten, daß wir die Frage der aufrichtigen Information des Patienten allmählich nicht nur unter dem Blickwinkel der Menschlichkeit (wobei die einen sagen, es sei menschlich zu lügen und die anderen das Gegenteil behaupten), sondern auch unter dem der Nützlichkeit betrachten müssen, wenn es nämlich gelingt, den Patienten dadurch im Kampf mit den in ihm wuchernden destruktiven Kräften zu mobilisieren. Dabei sind folgende Gesichtspunkte zu berücksichtigen:

a) Die Belastbarkeit des Patienten. Man darf nicht vergessen, daß die Mitteilung, an einer sehr gefährlichen Erkrankung zu leiden, für den Betroffenen einen der höchsten denkbaren „Kummer-Effekte“ auslöst. Sehr sorgfältig ist daher zu prüfen, ob er damit fertigwerden kann, wobei Alter, Lebenssituation, Persönlichkeitsstruktur, psychodynamische Entwicklung, früheres Verhalten in Krankheitssituationen besonders und vor allem zu berücksichtigen sind (natürlich wird es Fälle geben, wo man zu dem Schluß kommt, die Wahrheit sei nicht zumutbar).

b) Ganz entscheidend ist die Art, in der die Diagnose übermittelt wird. Hier darf man *Hugo von Hofmannsthal* zitieren: „Und in dem Wie, da liegt der ganze Unterschied.“ Mit Recht wurde in diesem Zusammenhang daran erinnert, daß „Aufrichtigkeit nicht mit Brutalität verwechselt werden darf“ (vieles spricht dafür, daß sich der Arzt aus

der Angst vor der eigenen „Ohnmächtigkeit“ dabei in ein aggressives Verhalten flüchtet — es sich also abermals um eine Folge des falschen, während des Studiums vermittelten Omnipotenzgefühles handelt).

c) Der Patient darf nach Information über seine Diagnose nicht „im Stich gelassen“ werden, sondern der Arzt muß ihn weiterhin in seiner Auseinandersetzung mit der Art seines Leidens unterstützen — davon hängt wesentlich ab, ob das Resultat aktive Mobilisierung der Abwehrkräfte (oft verbunden mit hypochondrischen Ängsten) oder die so gefährliche passive, depressive Resignation ist.

Natürlich fordert dies alles viel Zeit und gerade sie steht dem überforderten Arzt heute kaum zur Verfügung. Ich glaube aber, daß bei einigem guten Willen trotz aller Schwierigkeiten viele Fehler, Ungeschicklichkeiten, Taktlosigkeiten, mißglückte „Inszenierungen“ vermieden werden könnten — wir müßten uns nur in jedem Moment darauf besinnen, daß zwischen Arzt und Patienten eine Partnerbeziehung herrschen sollte, um die man sich sehr zu bemühen hat. Noch ein Punkt darf in unserer Zeit nicht unbesprochen bleiben: Nicht nur die bereits erwähnte Haltung der nächsten Umgebung spielt für den Krankheitsverlauf eine wesentliche Rolle, sondern auch die Einstellung der Gesellschaft zu Gesundheit und Krankheit. Zwar ist allen die Gesundheit das höchste Gut, aber die meisten haben nicht gelernt, was sie tun müssen, um sich gesund zu erhalten. Krankheit wiederum wird, solange sie andere betrifft, entweder als lästige Behinderung von deren Arbeitskraft (bei aller Anerkennung des Leistungsprinzips — *Bloch* sagt doch mit Recht, daß Gesundheit nicht nur „abgearbeitet“, sondern auch „genossen“ werden sollte) oder als „Bemakelung“ und Stigmatisierung bewertet. Zweifellos beeinflussen diese Haltungen das Krankheitsgeschehen negativ — aber wieder müssen wir uns fragen, was der Arzt bisher zu einer richtigen „Gesundheitserziehung“ beigetragen hat? Entweder blieb er bei der Aufklärung des Laien unverständlich oder er „arbeitete“ mit Angst und überhöhter Autorität, die beide Distanz und Widerstand in einem solchen Maße erzeugen, daß praktische Wirksamkeit nicht eintreten kann. Auch hier müßte der zukünftige Unterricht eine Wendung bewirken: Ärzte müßten durch rechtzeitige Konfrontation mit der medizinischen Psychologie dazu erzogen werden, wie Staffettenläufer später die richtige Einstellung zu Gesundheit und Krankheit weiterzugeben.

Andere Gesichtspunkte bezüglich der Information des Patienten müssen gelten, wenn selbst durch die heutigen wesentlich verbesserten therapeutischen Möglichkeiten nach menschlichem Ermessen keine Chancen auf Rettung bestehen. Im wesentlichen wird hier der Grundsatz angewendet, das bevorstehende Ende nur dann mitzuteilen, wenn der Betref-

fende wichtige Entscheidungen zu treffen hat oder von sich aus ausdrücklich verlangt, die Wahrheit zu erfahren. Auch in letzterem Falle sollte man aber immer an den inneren Zwiespalt — eine Art Ambivalenz — denken, der in einer solchen Extremsituation herrscht und der, nach den Beobachtungen von Kübler-Ross (1969), sogar noch in den Phasen des unmitttelbaren Sterbens wirksam ist. So gaukelt man sich eine Zukunft vor und weiß doch „hintergründig“, daß es eine solche nicht gibt; so will man die schreckliche Wahrheit erfahren, „die man ohnehin schon kennt“ — und bricht zusammen, wenn man wirklich damit konfrontiert wird. Das Beispiel *Theodor Storms* möge hier für viele andere stehen, weil der Dichter besondere Möglichkeiten hat, seine Gefühle auszudrücken. *Storm* „fühlte“, daß er verloren war. Als Ausdruck dieses Empfindens schrieb er das erschütternde Gedicht „Beginn des Endes“:

Ein Punkt nur ist es, kaum ein Schmerz,
nur ein Gefühl, empfunden eben;
und dennoch spricht es stets darein,
und dennoch stört es dich zu leben .

Wenn du es anderen klagen willst,
so kannst du's nicht in Worte fassen,
Du sagst dir selber: „Es ist nichts!“
Und dennoch will es dich nicht lassen.

So seltsam fremd wird dir die Welt
und leis verläßt dich alles Hoffen,
bis du es endlich, endlich weißt,
daß dich des Todes Pfeil getroffen.

Weitere Folge dieses Gefühles war die Bitte *Storms* an seinen Arzt: „Sagen Sie mir die Wahrheit über mein Leiden, ich weiß sie ja sowieso schon“! Als er erfuhr, daß er Magenkrebs habe und nicht zu retten sei, brach er zusammen, verfiel in eine Depression, schrieb keine Zeile mehr (er arbeitete damals gerade am „Schimmelreiter“). Die Familie konnte dies nicht ansehen, verfiel schließlich auf den Trick, einen anderen Arzt zu bitten, *Storm* zu versichern, daß seine Krankheit harmlos sei! Dies gelang und der Dichter vollendete knapp vor seinem Tode seine reifste Novelle!

So vielfältig das Leben ist, so vielfältig sind auch die Situationen, vor die es den Arzt bis hinein ins Sterben stellt, eine Uniformierung seines Verhaltens ist dementsprechend unmöglich. Je größer aber das Informationsangebot schon im Unterricht, desto mehr Möglichkeiten werden ihm im entscheidenden Moment zur Verfügung stehen, desto größer wird seine „strategische Reserve“ sein (mit Recht wird ja jetzt Informationsmangel als ein zu neurotischen Reaktionen drängender Faktor bezeichnet).

4. Wir haben von der Gruppe derjenigen gesprochen, die infolge Krankheit ihrem Tode nahe sind — die Umgebung weiß es, weiß aber gewöhnlich nicht, wie sie sich in dieser Situation verhalten soll. Hier ist eine andere Gruppe anzuschließen: es handelt sich gewöhnlich um körperlich ganz gesunde Menschen und dennoch — so könnte man es ausdrücken — wuchert der Tod in ihnen, beschäftigen sie sich in ihren Gedanken und Phantasien intensiv mit ihrem Ende, überlegen, auf welche Weise sie sich den Tod geben könnten. Sie befinden sich in jenem psychischen Zustand, den ich als „präsuizidales Syndrom“ beschrieben habe, auch sie sind Kranke, nämlich psychisch Veränderte, und damit in ihrer Toleranzfähigkeit reduziert, von jener dynamischen Einengung getrieben, die mit ihrem emotionalen Drang (weil die Gegenregulationsmechanismen versagen) gleich der Schubkraft einer Rakete droht, den Menschen aus der Anziehungskraft seiner Selbsterhaltung loszulösen. Freilich erfolgt der Selbstmord in einem Moment, aber dem Geschehen, das zum Suizid führt, wird eine phänomenologisch-statische Betrachtungsweise niemals gerecht, sondern nur (auch *Ammon*, 1974 a, betont dies) eine dynamische. Man braucht sich nur das Abschiedsgedicht eines Selbstmörders aus dem Jahre 1828 zu vergegenwärtigen, um zu verstehen, daß dem Selbstmord eine intensive Vorgeschichte vorausgeht, daß „man Selbstmörder ist, lange bevor man Selbstmord begeht“ (*Menninger*, 1971), daß diese Menschen ständig einen Seiltanz an der Gangleine zwischen Leben und Tod vollführen, zwischen Sein und Nichtsein oszillieren:

„Immer enger wird mein Denken,
immer blinder wird mein Blick.
Mehr und mehr erfüllt sich täglich
mein entsetzliches Geschick.
Kraftlos schlepp ich mich durchs Leben,
aller Lebenslust beraubt.
Habe keinen, der die Größe
meines Elends kennt und glaubt.
Doch mein Tod wird Euch beweisen,
daß ich jahre-, jahrelang
an des Grabes Rand gewandelt,
bis es jählings mich verschlang.“

Unheimlich, diese Tatsache: Daß unter uns viele Menschen sind (und ihre Zahl nimmt ständig zu), die wissen, daß sie in Kürze Hand an sich legen werden. Wissen wir es auch? Nein. Könnten wir es wissen? Natürlich, denn es gibt viele Anzeichen, Alarmsymptome, durch die sich der Selbstmordgefährdete verrät: seine kritische Lebenssituation, seine Zugehörigkeit zu bestimmten Gruppen eines erhöhten Suizidrisikos, seine (fast immer vorhandenen) Selbstmordankündigungen (wohl als Hilfeschrei zu verstehen) und vor allem seine spezifische, sich (in der überwiegenden Mehrzahl aller Fälle) allmählich entwickelnde psy-

chische, eben präsuizidale Struktur. Dies alles wird häufig übersehen, überhört, teils aus mangelnder Menschlichkeit, teils infolge mangelnder Information (die beiden gehören ja oft zusammen!) und an der letzteren sind auch die Ärzte oft beteiligt, womit wir wiederum beim Unterrichten wären. Was haben wir darüber gehört, was bieten wir jetzt den heranwachsenden Ärzten auf diesem Gebiete — eine Frage, die direkt ins Gebiet der psychiatrischen Lehrtätigkeit führt. Ist es dann verwunderlich, daß der solcherart mangelhaft „gerüstete“ Arzt sich in die Vorstellung flüchtet, der Selbstmord sei kein medizinisches Problem, es handle sich vielmehr um eine Frage der „Intim“- und „Privatsphäre“, in die man sich nicht einmischen dürfe, um einen Akt des „freien Willens“ (Freitod!), den man respektieren müsse (ein Patient antwortete einmal nach seinem Selbstmordversuch auf meine Frage: „Warum wollten Sie sterben?“ empört: „Wer will das schon, so etwas tut man doch gegen seinen Willen“).

Das Selbstmordproblem wirft noch einen Aspekt auf, an dem die Medizin ebenfalls nicht vorübergehen kann: Die Sorge um die Hinterbliebenen. Wenn es schon tragischerweise nicht möglich war, einen Suizid zu verhindern, so muß wenigstens alles getan werden, um weitere Selbstmordhandlungen unter den nächsten Angehörigen zu unterbinden. Der Selbstmord ist ein enorm suggestibles Phänomen; er drängt geradezu zur Nachahmung, besonders dort, wo Schuldgefühle vorhanden sind, versagt zu haben — auf diese Weise kann es in Familien zu kleinen Selbstmordepidemien kommen. (Das Selbstmordverhütungszentrum in Wien hat es sich daher zur Aufgabe gemacht, auch die Angehörigen zu betreuen.) Natürlich bedeutet das eine bedeutende Erweiterung der medizinischen Aufgaben, aber ohne sozialmedizinische Aspekte zu berücksichtigen, kann eben keine wirksame Therapie betrieben werden.

5. Kaum zu finden ist derzeit im medizinischen Unterricht die Beantwortung der Frage, wie der Arzt mit dem Sterbenden umgehen soll. Alleingelassen mit dem Gefühl seines „Versagens“ (welches, wie bereits gezeigt, aus dem vermittelten falschen Allmachtsgefühl resultiert) tritt er drei falsche Fluchtwege an, nämlich:

a) Die Abschiebung des Sterbenden. Damit wird im Spital ein Verhalten fortgesetzt, welches die Öffentlichkeit bereits vorher eingeleitet hat. Sie verbannt den Moribunden aus der Gemeinschaft, schiebt ihn in die Krankenhäuser ab, wo sich jetzt bereits 70 % aller Todesfälle ereignen; dort erfolgt unter der Devise „Aus den Augen, aus dem Sinn“, und dem bekannten Motto „Tragt ihn fort, mir bricht das Herz“ seine weitere Absonderung ins eigene Sterbezimmer, ins Badezimmer (erst jüngst drückte einer meiner Patienten in der Vorlesung

dies wie folgt aus: „Mein Vater war im Spital bereits im Badezimmer, erholte sich aber später überraschend wieder“) oder auf Gänge (vor einiger Zeit ging die Nachricht durch die Wiener Zeitungen, daß dort ein Toter längere Zeit „vergessen“ worden wäre) — man erinnert sich bei all diesen „Sterbepformen“ an das Wort von *Medard Boss* (1965): „Wenn sie spüren, sie können nicht mehr gewinnen, lassen sie die Patienten auf dem Korridor krepieren, weil sie es als Scheitern betrachten“.

b) Die „Versachlichung“ — „Entpersönlichung“ des Sterbenden. Es wird einfach Zuflucht zum „Apparat“ genommen, mit dem der Patient bis über seinen eingetretenen Tod (der heute mit dem Gehirntod identifiziert wird und daher durchaus feststellbar erscheint) hinaus als bewegtes „Herz-Lungenpräparat“ zur Beruhigung der Angehörigen (und auch zur eigenen) scheinlebensdig erhalten werden kann (nichts soll damit gegen den ungeheuren Wert von lebensrettenden Apparaten, z. B. auf Intensivstationen, gesagt werden, zu bedauern ist nur ihr Mißbrauch!).

c) Die Beschleunigung des Todes. Sehr zurecht hat *Ammon* verlangt, daß die Frage der sogenannten „Euthanasie“ hier nicht zur Sprache kommt, weil ihre Ablehnung für einen echten Arzt außer Diskussion steht. Im Zusammenhang mit unserem Thema soll aber doch darauf verwiesen werden, daß die wahren Motive der (glücklicherweise nur sporadisch vorkommenden) ärztlichen Befürworter der Euthanasie wohl kaum in jener „Menschlichkeit“ zu suchen sind, die von ihnen als verhaltensbestimmend angegeben wird, sondern vielmehr ebenfalls in der bereits erwähnten Angst vor dem Sterbenden: Das eigene Gefühl der Ohnmacht soll durch Pseudoaktivität überwunden werden (kann ich den Tod schon nicht verhindern, will ich ihn wenigstens beschleunigen).

An die Stelle all dieser falschen Verhaltensweisen müßten allmählich richtige treten, die wir freilich erst allmählich entwickeln und dann mehr und mehr in den medizinischen Unterricht einbauen können: da und dort gibt es bereits sehr ermutigende Beispiele dafür. Drei diesbezügliche Maximen zeichnen sich bereits jetzt ab:

a) Der Sterbende muß in die Gemeinschaft des Spitäles, vergleichbar der früheren Großfamilie, in der ganz anders, nämlich viel menschlicher gestorben wurde, eingebaut werden. Zu dieser „Familie“ zählen Ärzte, Pflegepersonal, Seelsorger (ihn erst zur „letzten Ölung“ zu rufen, ist eine Niedertracht, er wird damit zum „Todesengel“ degradiert) und natürlich auch die Mitpatienten. Man dürfte nicht vergessen, daß ein Großteil der Todesangst Trennungsangst ist (nicht zufällig sagen die Franzosen, daß „jeder Abschied ein wenig Sterben bedeutet“, ganz folgerichtig sieht die neue Schule der „pränatalen Psychoanalyse“ — mit der ich mich nicht identifizieren möchte — einen prinzipiellen Zusam-

menhang zwischen der Trennung von Mutter und Kind im Geburtsakt und der Todesproblematik). Daraus folgert: Der Sterbende darf nicht verstoßen werden, er soll allen Mitgliedern der Gemeinschaft anvertraut sein, jeder muß sich für ihn (natürlich im Rahmen seiner Kompetenzen) verantwortlich fühlen. Das strenge hierarchische System unserer Krankenhäuser ist hier sehr gefährlich: solange der „Chef“ nicht aufgegeben hat, bemühen sich die Untergebenen (oft aus Angst) um das Leben des Patienten — hat der Vorstand den Patienten „abgeschrieben“, werden oft binnen Augenblicken alle Maßnahmen gestoppt: ein solches Fehlverhalten kann nur durch die Erziehung zur Eigenverantwortung, die man an niemanden delegieren kann, vermieden werden.

b) Dem Sterbenden muß bis zuletzt — natürlich nach Maßgabe seines Befindens — die Möglichkeit des sprachlichen Kontaktes erhalten bleiben. Ob man nun mit *Noyes* drei Phasen des Sterbens annimmt, nämlich Widerstand, Lebensrückblick und „Hinübergleiten“ (Transzendenz) oder mit *Kübler-Ross* (1969) gleich fünf Stadien differenziert (Nichtwahrhabenwollen, Zorn, Verhandeln, Depression, Zustimmung) — auf alle Fälle bleibt das Wort das entscheidende Kommunikationsmittel, Entängstigung ermöglichend und Zuwendung repräsentierend. In der Literatur zeigen es der Vagabund Peer Gynt und der Zuchthäusler Vogt („Hauptmann von Köpenick“) sehr eindrucksvoll, wie man Menschen über die Not des Sterbens hinweghelfen kann.

c) Dem Sterbenden kann der Todeskampf auch medikamentös erleichtert werden. Schmerzstillende Mittel und Psychopharmaka sind nicht erfunden worden, um sie dem Menschen in seinen schwersten Stunden zu verweigern: dies zu tun wäre ein Akt der Unmenschlichkeit. Natürlich ist der Grenzstrich zwischen erlaubter, ja notwendiger Linderung des Sterbeprozesses und seiner Beschleunigung (die sicherlich abzulehnen bleibt) schmal — Hilfe beim Sterben darf nicht Hilfe zum Sterben werden. Hier muß jeder sich nach seinem Gewissen entscheiden, kein Gesetz wird ihm diese Verantwortung abnehmen können.

6. Wir sind uns alle darüber klar, daß nur der Arzt sich in der Problematik von Sterben und Tod halbwegs bewähren wird, der sein eigenes Todesproblem wenigstens erfaßt hat (von seiner Bewältigung bei Lebzeiten darf man wohl nicht sprechen). Was kann uns bei Erreichung dieses Zieles behilflich sein? Etwa der Gedanke, daß ewiges Leben auf Erden unerträglich wäre, wir den Tod erfinden würden, wenn es ihn nicht schon gäbe? Der Satz aus den Nachtwachen des Bonaventura: „O, aus diesem Widerspruch ist ja der Mensch geschaffen, er liebt das Leben um des Todes willen und er würde es hassen, wenn das, was er fürchtet, von ihm verschwunden wäre“? Die ständige Bewußterhaltung der Wirklichkeit des Todes im Sinne von *Seneca*: „Um

den Tod nie zu fürchten, denke ich immer an ihn“. *Kästner* berichtete am Grabe eines Freundes, daß dieser oft gesagt habe: „Ich weiß, daß ich sterben muß, aber ich kann es nicht glauben.“ Und fügte traurig lächelnd hinzu: „Nun hat er doch daran glauben müssen.“ „Nicht auf den Tod warten, sondern auf ihn stets gefaßt sein“, hat *Sartre* verlangt. Aber hat nicht gleichzeitig *Freud* betont, daß ein Leben mit dauernder Vergegenwärtigung des Todes unerträglich wäre? Wie die rechte Mitte finden zwischen Todesverdrängung und übertriebener gedanklicher Todesbezogenheit? Können Philosophie und Religion weiterhelfen? Sicherlich sind sie wichtig, besonders die letztere mag vielleicht über das Verstandesmäßige hinausführen. Denn vom Wissen, auch noch so oft überdacht, zum Empfinden, Erfahren ist ein ungeheurer Schritt! Können wir mit all unseren Grübeleien die Einzelheiten unseres Todes auch nur erahnen, „entschärfen“, unsere (fast reflexhafte) kreatürliche Angst vor ihm überwinden? Kaum — *Jean Améry* drückt es so aus: „Wer lebt, kann den Tod nicht annehmen, er kann nicht ernsthaft sterben lernen.“ Und *Jaspers*, der Philosoph und Psychiater zugleich war, beschreibt den Unterschied zwischen Wissen und Empfinden wie folgt: „Der Tod ist etwas Unvorstellbares, etwas eigentlich Undenkbares. Was wir uns bei ihm denken, sind nur Negationen, sind nie Positivitäten. Unser allgemeines Wissen vom Tode und unsere erlebte Beziehung zu ihm sind ganz heterogene Dinge.“

Bleibt also nur die Hoffnung, daß uns das Leben gelinge und uns ein Sterben zuteil wird, welches gewissermaßen zur Summe dieses Lebens wird, ein „eigener Tod“, der die gereifte Frucht vom Baume fallen läßt. So mag die Förderung eines erfüllten Lebens von der frühen Kindheit an zur Vorbereitung eines sinnvollen Todes werden.

Dies alles könnte man vielleicht unter das *Adler*-Wort subsumieren: „Der Mensch weiß mehr als er versteht.“ Seine Erwähnung gibt mir Gelegenheit, Ihnen zu danken, daß Sie im Sinne echter Toleranz und in Bemühung um eine „Konvergenz der tiefenpsychologischen Lehrmeinungen“ in Ihrer psychoanalytischen Gesellschaft auch einem Individualpsychologen die Möglichkeit gegeben haben, zu sprechen. Ich weiß, daß meine Sprache, gemessen an den Ausdrücken der Psychoanalyse, vor der ich die größte Hochachtung habe, bescheiden, vielleicht sogar armselig ist, wie auch vieles, was *Adler* geschrieben hat, bescheiden wirkt gegenüber dem grandiosen Gedankengebäude *Sigmund Freuds*. Aber dieser *Adler* hat nicht aufgehört, während seines ganzen Lebens zu mahnen, daß der Arzt Freund und Partner des Patienten sein müsse; das gilt für das ganze Leben bis hinein in Sterben und Tod. Immer steht der Mediziner vor der Wahl zwischen jenen beiden Gegensatzpolen, die die Dichter wie folgt beschreiben: „Der Mensch interessiert die Medizin überhaupt nicht, es handelt sich um eine Wissenschaft von

den Organen, nicht um eine solche von dem Menschen.“ (*Thomas Bernhard*, „Der Ignorant und die Wahnsinnige“) und: „Medizin ist das Wort Hoffnung in seinem reinsten Zustand und wenn es für den Sterbenden nur die Hoffnung auf Linderung seiner körperlichen und seelischen Qualen bedeuten sollte, es ist Hoffnung, oder es ist nicht: Mysterium und Charisma des Arztes.“ (*Herbert Zand*, „Die Kerne des paradisischen Apfels“, kurz vor seinem Tode nach mehrjähriger Dialysebehandlung geschrieben).

The Problem of Death Repression in the Medical Training

Erwin Ringel

The repression of death and dying puts the medicine in a paradox situation. Since its objective is essentially the struggle against death, how could it remove the latter away from its practice and research? However, it is too preoccupied in this struggle with the physical means aiming at the conservation of life to deal with the feeling of omnipotence, as if the almighty medicine could vanquish death and thus abolish it.

Such attitudes are effective as well as irrational. Human dying appears as an objection to the existence of physicians and as a serious narcissistic offense which has to be denied, when it is a feeling of one's own failure. Thus the events of death and dying will be excluded from the domain of a working-through more adequate to reality.

The author indicates the catastrophic consequences of denying or concealing the fundamental processes of dying. The physician, left alone with his feeling that he, in front of excessive omnipotence-fantasies, is failing in his task, tries to escape in a way that the dying patient himself is finally left alone. Pushed off in bath-rooms or WCs or in the so-called death-rooms in hospitals, the moribund is excluded from any human community and any human sympathy. If the physiological functions of the dying patient are preserved, he will, however, be submitted to an objective medical technology, which in its pseudo-active and abusing application displaces the attention away from the existential necessity of a self-reconciliant dying of an individual through his personal and own identity. Yet death belongs to man and its repression signifies a denial of humanity itself.

Consequently radical changes must be brought to the medical training, proceedings from the knowledge that repression of death and dying leads necessarily to pathogenic reactions, from which result the various symptoms phenomenologically current to the physician. Typical

symptoms of this situation are irrational anxieties, hypochondriac troubles and unsuccessful adaption to old age in the broadest sense, conditions from which the patients often painfully suffer as a price for the lacking relationship to one's own death.

The physician must obtain in his training the explication about how the dynamics of unconscious destructive tendencies can cause the fixation of death in the form of life-long neurotic and psychosomatic illnesses, thus condemning the person to live, so to speak, as a living dead with a chronical loss of existence.

The active dealing with the terminal phases of human life requires a well-founded knowledge of the broad spectrum of the unconscious dynamics and of the diagnostic and therapeutic methods of treatment. However, the conditions of such a knowledge lie but in the readiness to resign the hitherto existing denial of death and dying in the scope of medicine and to introduce in all its fields the dimension of a conscious humaneness towards the dying man.

Literatur

- Achte, K.; Vaukhonen, M.; Viitamäki, R.* (1970): Cancer and Psyche. In: Monogr. Psychiatr. Klin. Helsinki Nr. 1
- Adler, A.* (1920): Praxis und Theorie der Individualpsychologie (Frankfurt/M.: Fischer, 1974)
- Ammon, G.* (1974 a): Zur Psychodynamik des Suizidgeschehens. In: Dyn. Psychiat. (24) 1—18
- (1974 b): Psychoanalyse und Psychosomatik (München: Piper)
- Boss, M.* (1965): Lebensangst, Schuldgefühle und psychotherapeutische Befreiung (Bern/Stuttgart: Huber)
- Cermak, I.* (1973): Ich klage nicht (Wien: Amalthea)
- Eberhardt, H.* (1965): Euthanasie und Vernichtung lebensunwerten Lebens. In: Forum Psychiat. Nr. 11
- Hoff, H.; Ringel, E.* (1964): Aktuelle Probleme der psychosomatischen Medizin (München: Jolis)
- Kauders, O.* (1934): Der Todesgedanke in Neurose und Psychose. In: Nervenarzt 7/6
- Kastenbaum, R.; Aisenberg, R.* (1972): The Psychology of Death (New York: Springer)
- Kübler-Ross, E.* (1969): Interviews mit Sterbenden (Stuttgart/Berlin: Kreuz)
- Menninger, K.* (1971): Psychoanalyse des Selbstmordes (Frankfurt/M.: Suhrkamp)
- Meyer, J. E.* (1973): Tod und Neurose (Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht)
- Ringel, E.* (1969): Selbstmordverhütung (Stuttgart/Wien: Huber)
- (1973): Selbstschädigung durch Neurose (Wien: Herder)
- (1975): Psychosomatische Aspekte der Krebserkrankung. In: „Krebsbehandlung als interdisziplinäre Aufgabe“ (Berlin/Heidelberg/New York: Springer)
- Stumpfe, K.-D.* (1973): Der psychogene Tod (Stuttgart: Hippokrates)
- Weisman, A.* (1972): On Dying and Denying (New York: Behavior Publ.)
- Wiesenhütter, E.* (o. J.): Blick nach Drüben; Selbsterfahrungen im Sterben (Hamburg: Funcke)

Adresse des Autors:
 Prof. Dr. med. Erwin Ringel
 Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien
 A-1097 Wien, Lazarettgasse 14

Der sogenannte Todestrieb als Abwehrstruktur bei einem Fall von Psychosomatik, Perversion, Sucht und Suizidalität**

Jan Pohl *

Die Auffassung, daß der pathologische Wiederholungszwang Erwachsener und die posttraumatischen Neurosen mit dem Lustprinzip unvereinbar seien, führte Freud zur hypothetischen Konstruktion des Todestriebs. Der Autor diskutiert dieses Konzept anhand einer ausführlichen klinischen Falldarstellung und führt den Beweis, daß der Wiederholungszwang nicht als Äußerung eines angeborenen Todestriebs, sondern als Manifestation destruktiv gewordener Aggression aufzufassen sei. Er versteht Aggression nach Ammon als primär konstruktive zentrale Ich-Funktion, deren Verfügbarkeit zur Abgrenzung von Ich und Objekt unerlässlich ist. Beantwortet die Mutter das lustvolle ad-gredi des Kindes mit Liebesentzug, so reagiert es mit Verlassenheitsangst und bleibt auf einem archaischen Modus narzißtischer Bedürfnisbefriedigung im fötalen Einssein mit der Mutter fixiert.

Das Beispiel des Patienten, der versuchte, auf dem Wege der Sexualität die Vereinigung mit der Mutter im Tode zu verwirklichen, weist auf die Beziehung von Ich- und Triebgeschehen hin. In diesem Zusammenhang wird erarbeitet, daß die Ich-Entwicklung als ein Prozeß sich ständig differenzierender Triebgestaltung anzusehen ist. Der vermeintliche Todestrieb wird auf diese Weise psychoanalytisch verstehbar und behandelbar. Der Autor wirft schließlich die Frage auf, ob die Todestrieblehre deshalb nicht als Symptom eines therapeutischen Nihilismus von Analytikern zu verstehen sei, die sich aufgrund eigener Lebensängste mit der Abwehrstruktur des Patienten verbünden.

Der Patient, dessen Krankheit Gegenstand meiner Erörterungen ist, lebte zur Zeit seiner stationären Aufnahme mit Gedanken und Träumen, die sich um Mord und Selbstmord bewegten und mit sexuellen Phantasien einhergingen.

Folgender Traum kennzeichnete seine Lebenssituation: Sein Freund K. wollte nichts mehr von ihm wissen. Daraufhin hatte er sich eine Pistole besorgt und sagte zu K.: „Jetzt ist es aus mit dir. Du sollst auch keinen anderen Freund haben.“ Dann drückte er die Pistole auf ihn ab. Dabei zog er K. die Hosen herunter und betrachtete sich dessen Glied. Anschließend brachte er sich selbst um, indem er erst am Kopf anlegte, dann am Herzen. Der Freund war nicht ganz tot, deshalb drückte er noch zwei- bis dreimal auf ihn ab. Erst als er tot war, näherte er sich ihm, denn nun hatte er die Gewißheit, daß K. sich

* Dr. med., Direktor und Lehranalytiker des Münchener Lehr- und Forschungsinstituts der DAP

** Vortrag gehalten auf dem 1. Deutschen Regional Meeting des International College of Psychosomatic Medicine, 22.—26. September 1974, Schloß Weidenkam (Starnberger See bei München)

nicht mehr wehren konnte. Dann faßte er ihn ans Glied, als ob er irre wäre. Er hatte vorher noch einen Brief geschrieben, daß sie zusammen beerdigt werden sollten.

Diese im Traum wie im Wachzustand gleichermaßen wiederholte und auf dem Wege der Sexualität direkt angestrebte Wunscherfüllung wird von dem Patienten mit dem Tod gleichgesetzt und stellt eine offenkundige Äußerung dessen dar, was *Freud* versuchte im Rahmen seiner triebtheoretischen Spekulationen als dem Menschen innewohnender Todestrieb zu definieren.

In seiner Theorie von der Funktion des psychischen Apparates hatte *Freud* (1900) im siebenten Kapitel der „Traumdeutung“ auf der Basis des Konstanzgesetzes *Fechners* das Lust-Unlust-Prinzip formuliert: Der psychische Apparat strebe danach, übermäßige Spannung zu vermeiden. Entweder gelänge dies durch Vermeidung überstarker Reize von außen oder, wie *Schur* (1973) es formulierte, durch Befriedigung spannungserzeugender innerer Bedürfnisse, die, wenn sie psychische Repräsentanz gewonnen haben, Triebe genannt werden können. *Freud* (1920) hat den Übergang vom Lustprinzip zum Realitätsprinzip als eine Hemmung des Lustprinzips verstanden, postulierte jedoch aufgrund der Phänomene des Wiederholungszwangs und der posttraumatischen Neurosen ein Prinzip „Jenseits des Lustprinzips“. In dieser Arbeit erklärt er, die Äußerungen eines Wiederholungszwanges zeigten im hohen Grade einen triebhaften und, wo sie sich im Gegensatz zum Lustprinzip befinden, einen dämonischen Charakter. Das Kind bestünde unerbittlich auf der Wiederholung der Identität des Eindrucks sowohl eines lustvollen als auch unlustvollen Erlebnisses. Die Wiederholung, das Wiederfinden der Identität, bedeute selbst eine Lustquelle. Dieser Charakterzug wäre dazu bestimmt, im Erwachsenenalter zu verschwinden. Bemerkenswerterweise stellt *Freud* in diesem Zusammenhang den Wiederholungszwang in der Übertragung beim Analysierten im Gegensatz zu den vorangehenden Überlegungen als ein Phänomen hin, das „sich in jeder Weise über das Lustprinzip hinaussetze“.

Er diskutiert nun die Frage, auf welche Art das Triebhafte mit dem Zwang der Wiederholung zusammenhinge und kommt zu dem Schluß: „Ein Trieb wäre also ein dem belebten Organischen innewohnender Drang zur Wiederherstellung eines früheren Zustandes, welchen dies Belebte unter dem Einflusse äußerer Störungskräfte aufgeben mußte.“ Er bezeichnet diesen Charakter der Triebe als Ausdruck der konservativen Natur des Lebenden. „Der konservativen Natur der Triebe widerspräche es, wenn das Ziel des Lebens ein noch nie zuvor erreichter Zustand wäre. Es muß vielmehr ein alter, ein Ausgangszustand sein, den das Lebende einmal verlassen hat und zu dem es über alle Umwege der Entwicklung zurückstrebt. Wenn wir es als ausnahmslose Erfahrung

annehmen dürfen, daß alles Lebende aus inneren Gründen stirbt, ins Anorganische zurückkehrt, so können wir nur sagen: Das Ziel des Lebens ist der Tod, und zurückgreifen: Das Leblose war früher da als das Lebende.“

Mit dem Begriff „Todestrieb“ wollte *Freud* die ursprüngliche Form eines Triebgeschehens bezeichnen. Er gab diesem seinen Platz jenseits des Lustprinzips weil er, wie oben zitiert, den Wiederholungszwang nicht im Rahmen des Lustprinzips zu erklären vermochte, obgleich er den Wiederholungszwang des Kindes als Quelle von Lust erkannte.

Mein Anliegen ist es dagegen, eine psychoanalytische Beobachtung mitzuteilen, wonach der Zwang zur Wiederherstellung der Identität einer ehemaligen spezifischen Erfahrungsweise als das ständige Bemühen um eine Herstellung der Mutter-Kind-Identität, d. h. der mißglückten Symbiose mit dem primären „Lustobjekt“, zu verstehen ist. Entgegen der Todestriebtheorie handelt es sich hierbei um ein Ich-Geschehen, das als eine Lebensäußerung aufzufassen ist. Anhand des Beispiels des Patienten, der versuchte, auf dem Wege der Sexualität die Vereinigung mit der Mutter im Tode zu verwirklichen, soll außerdem versucht werden, den Zusammenhang zwischen Ich- und Triebentwicklung neu zu durchdenken.

In der Auseinandersetzung um den von *Barbara Low* geprägten und von *Freud* übernommenen Begriff des Nirwanaprinzips findet sich in gewisser Weise schon eine Basis für dieses Bemühen. Die Einstellung zu dem Begriff des Nirwanaprinzips hat bei *Freud* eine Wandlung erfahren. Das Nirwanaprinzip, welches die Eigenschaft des seelischen Apparates bezeichnen soll, „die ihm zuströmende Erregungssumme zu nichts zu machen oder wenigstens nach Möglichkeit niedrig zu halten“, wurde von *Freud* zunächst mit dem Lust-Unlust-Prinzip identifiziert. Es stand dabei ganz im Dienste der Todestriebe, „deren Ziel die Überführung des unsteten Lebens in die Stabilität des anorganischen Zustandes sei“.

In seiner Arbeit „Das ökonomische Problem des Masochismus“ hat er jedoch die beiden Prinzipien unterschieden. Das dem Todestrieb zugehörige Nirwanaprinzip würde im Leben eine Modifikation erfahren, durch welche es zum Lustprinzip wird. Diese Modifikation wäre der Erfolg des Lebenstriebs, der Libido, welcher „sich in solcher Weise seinen Anteil an der Regulierung der Lebensvorgänge neben dem Todestrieb erzwungen hat“. Er stellt dann folgende „Beziehungsreihe“ auf: Das Nirwanaprinzip entspricht der Tendenz des Todestriebs, das Lustprinzip vertritt den Anspruch der Libido und deren Modifikation, nämlich des Realitätsprinzips, das den Einfluß der Außenwelt darstellt. Mit dieser Beziehungsreihe verbindet *Freud* den Reifungsprozeß des psychischen Geschehens mit den sukzessiven Organisationsformen der Libidoentwicklung. Wenn man jedoch Lust und Unlust wie alle Affekte

als Äußerungen des Ichs ansieht, so könnte man sagen, daß die zwei von *Freud* als oppositionell postulierten Prinzipien Triebmanifestationen einer Ich-Struktur auf verschiedenen psychischen Entwicklungsstufen darstellen.

Anhand des Beispiels meines Patienten möchte ich in diesem Zusammenhang zeigen, daß seine suizidalen Tendenzen sehr wohl im Rahmen des Lustprinzips verstanden werden können. Bei dem Patienten manifestierte sich ein schweres narzißtisches Defizit, wie es *Ammon* (1973) für die sogenannten archaischen Ich-Krankheiten beschrieben hat. Der Patient war dadurch auf eine primärprozeßhafte Erlebnisweise der Außenwelt und seiner selbst eingeschränkt, in der Verschmelzung mit einer Mutter, die ihm lediglich ein rudimentär entwickeltes Ich-Gefühl vermitteln konnte.

Es handelt sich um einen 30jährigen Patienten, der aus chaotischen Familienverhältnissen stammte. Die ersten drei Lebensjahre hatte er getrennt von der Mutter zusammen mit seiner Zwillingsschwester in einem Heim verbracht. Die Mutter nahm erst seine Schwester zu sich. Als man schließlich auch ihn aus dem Heim nach Hause geholt hatte, wurde er wie ein zerbrechliches Mädchen behandelt, mußte im Gegensatz zu seiner Schwester, die wie ein Junge war, immer an der Hand gehen und durfte sich niemals schmutzig machen. Er hegte von klein auf den Wunsch, ein Mädchen zu sein, weil er glaubte, er würde als Mädchen bekommen, was er sich am meisten wünschte, nämlich geliebt zu werden, in den Armen eines anderen einzuschlafen, ohne ihn loszulassen.

Seine Mutter war eine junge unternehmungslustige Frau, die ständig allein ausging und den 23 Jahre älteren Vater derartig in Wut versetzte, daß dieser eines Nachts völlig außer sich mit dem Beil auf sie losstürzte. Der ihm nachgelaufene damals 14jährige Sohn konnte dem Vater gerade noch das Beil entwinden, lebte aber fortan ständig mit der Angst, es könnte ein Unglück passieren. Er erlebte sein Elternhaus als einen einzigen Betrug und sehnte sich nach guten Eltern, die er mit denen seines Schulfreundes identifizierte. Mit diesem 14jährigen Freund wollte er unbedingt schlafen. Das Bild des Freundes entsprach fortan der Wunschvorstellung seiner selbst: Mit solchen dunklen Augen, langen Haaren und brauner Hautfarbe würde er so geliebt werden, wie jener von seinen Eltern geliebt wurde. Entsprechende Projektions- und Identifikationsmechanismen bestimmten seine Beziehungen zu anderen Menschen. Ziel seiner Wünsche war eine Vereinigung mit der geliebten Person, der er gleichen wollte.

Dieses Einssein versuchte er über exzessive, oral betonte Sexualität mit einer Frau herzustellen, nachdem ihm eine Beziehung zu seinem Freund nicht gelungen war. Diese verheiratete Frau hatte ihn verführt und benutzte ihn mit Einverständnis ihres Mannes für ihre Bedürfnisse.

Der Patient erkaufte sich diese Beziehung, indem er sein gesamtes Erbe für die Ansprüche der Frau ausgab und das Ehepaar vollständig mit gestohlenen Waren aus dem Geschäft versorgte, das seine Lehrstelle war. Als die Frau, die ihm gegenüber, genau wie seine Mutter, nie zärtlich war, sein Geld verbraucht hatte, brach sie die Beziehung ab. Daraufhin verübte der damals 16 Jahre alte Patient seinen ersten Selbstmordversuch mit Schlaftabletten. Als er nach acht Tagen erwachte, fragte er als erstes nach der Frau. Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus entwickelte der Patient eine schwere hyperazide Gastritis, begann exzessiv Alkohol zu trinken und wurde schließlich wegen einer offenen Tuberkulose verschickt. Sein weiteres Leben bestand aus einer monotonen Wiederholung der beschriebenen Symptomatik. Entweder klammerte er sich an eine männlich aussehende, liebesunfähige Frau, die seiner Mutter entsprach, oder er verkehrte mit Strichjungen, die dem Idealbild seiner selbst ähnelten.

Nichts machte ihm mehr Angst als Trennung. Seine Objektwahl richtete sich aber nur auf Individuen, mit denen er das Trennungstrauma seiner Kindheit wiedererleben mußte. Auf die Trennung reagierte der Patient suizidal. Alternierend entwickelte er symptomatische Abwehrmechanismen wie exzessiven Alkoholismus, perverse Sexualexzesse oder schwere psychosomatische Reaktionen in Form von Anorexia, Duodenalulcera und Lungentuberkulose. Mit den psychosomatischen Erkrankungen ebenso wie mit den Suizidversuchen erzwang der Patient in der stationären Intensivbehandlung die Wiederherstellung seines Säuglingsstadiums. Auf der Ebene der Sexualität suchte er einen oralnarzißtischen Kommunikationsmodus mit sich selbst herzustellen, wie er auch im Alkoholrausch von ihm gesucht wurde. Seine exzessiven Sexualbetätigungen waren immer darauf gerichtet, dem anderen das Gefühl zu geben, vollkommen geliebt und befriedigt worden zu sein. Er legte den größten Wert darauf, daß sein Partner vor ihm zum Orgasmus kam. Er mußte den anderen „schaffen“. Er ließ sich von niemandem unterkriegen, betonte er, auch seine Mutter könne ihn nicht schaffen. Der Samen seines Partners mußte sich unbedingt auf seinen Bauch ergießen, wo er ihn in die Haut einrieb. Wenn er Fellatio ausübte, hatte er das Gefühl, etwas in seinem Körper zu haben, das ihm niemand mehr nehmen könnte. Übrigens hatte er aufgrund eines Hodenhochstands die Phantasie entwickelt, seine Mutter hätte ihm die Potenz geraubt. Tatsächlich hatte sie dem Vorschlag eines Arztes, eine operative Korrektur vornehmen zu lassen, als er 12 Jahre alt war, entgegengehalten, darüber sollte der Patient selber entscheiden.

Als seine Frau schwanger wurde, konnte er nur unter Androhung einer Anzeige durchsetzen, daß sie das Kind zur Welt brachte. Es war der größte Wunsch des Patienten, dieses Kind zu haben.

Er pflegte das Kind mit aller Hingabe, erlebte im Körperkontakt mit ihm all das, was er bei seiner eigenen Mutter vermißt hatte und was seine Frau ebensowenig dem Kind und ihm selbst zu geben imstande war. Die Frau ließ sich daraufhin von ihm scheiden. Er kompensierte diese Trennungssituation einerseits durch Alkohol, andererseits durch noch engeren identifikatorischen Kontakt mit dem Sohn, den er keine Minute allein lassen konnte, ohne daß dieser zu schreien anfang. Sie spielten besonders gerne „krank“ zusammen. Ein Teddybär hatte zum Beispiel einen Unfall gehabt, und nun kümmerten sich beide liebevoll darum, den Teddybären wieder gesund zu machen. Als das Kind 7 Jahre alt war, wurde es von der Mutter im Einvernehmen mit ihrer lesbischen Freundin umgebracht und zerstückelt. Der Patient hatte wegen zunehmender Alkoholsucht seine Wohnung verloren, und war kurz vor dem Mord wegen Reaktivierung einer Lungentuberkulose in eine Klinik eingewiesen worden, nachdem ihm seine ehemalige Frau wegen der Krankheit den Kontakt mit seinem Sohn untersagt hatte. Vor Gericht erklärte die Frau, sie hätte das Kind umgebracht, um sich an ihrem ehemaligen Mann zu rächen, der ihr das Leben verdorben hätte, indem er sie mit dem Kind habe festhalten wollen. Der Patient äußerte, sie hätte ihm den einzigen Menschen auf der Welt genommen, der ihn liebte. Sein Leben war gewissermaßen für ihn in dem ihn liebenden Sohn verkörpert gewesen. Es entsprach ganz seiner Lebenserfahrung, daß ihm seine Frau dieses Leben genauso entzog wie die Mutter ihm ihre Liebe, seine Potenz und auch den Vater entzogen hatte, den sie, wie er meinte, kurz nach der Ermordung des Jungen ins Grab gebracht hätte. Einerseits hätte der Patient seine Frau am liebsten noch im Gerichtssaal umgebracht. Zugleich liebte er sie aber, meinte, er hätte ihr das Leben genommen, indem sie, an seiner Stelle, zu lebenslänglicher Gefängnisstrafe verurteilt worden war und erklärte, er sei gern bereit, mit ihr im Gefängnis zu leben. Sie sei ja auch nur in Heimen aufgewachsen. Diese extreme Form von Ambivalenz gegenüber der Ehefrau spiegelt getreu die dem Patienten von seiner Mutter entgegengebrachte Gefühlshaltung: Liebe entspricht einem Ich-Gefühl in der Verschmelzung mit der mütterlichen Identität, Haß reproduziert die Identität der mütterlichen Ablehnung. Der Wunsch, seine Frau zu töten, wird in dieser Dynamik verständlich. Die Todesangst, verlassen zu werden, wird in tiefster Regression durch ein Bedürfnis nach foetaler Vereinigung mit der Mutter abgewehrt. Für derartig regressive Ich-Zustände ist die Realität des Todes nicht erfahrbar. Der Tod entspricht hier vielmehr einem Selbstvergessensein. Mord und Selbstmordgeschehen sind dabei identisch, wenn das gesamte Libidopotential auf das primäre Objekt gerichtet wird. Mit ihm möchte der Mörder vereinigt sein, stellvertretend für die verlassende Mutter.

Es sollte mit diesen Ausführungen deutlich werden, daß das zentrale

Motiv aller Phantasien und traumhaften Aktionen des Patienten unter dem Zeichen der Lebensverweigerung von seiten der Mutter standen. Gleichzeitig versuchte er auf dem Wege eines primärprozeßhaften Triebgeschehens, die früheste an die Mutter geknüpfte Lebenssituation wieder herzustellen. Diese „Lustbefriedigung“ eines archaischen Triebverhaltens in dem „Einssein“ mit der Mutter stand so im Dienste des Lebens. Es bedarf deshalb keiner Spekulation jenseits des Lustprinzips, um diese Dynamik zu erklären, denn Lust ist kein konstantes Erfahrungsmoment, sondern entwickelt sich entsprechend der Wahrnehmungsfunktion des Ichs. Die primäre Wahrnehmung von Lust ist identisch mit der Bedürfnisbefriedigung einer foetalen Körperverbindung mit der Mutter.

In diesem Lichte erscheint es keineswegs phantastisch, wenn *Freud* (1926) zu seinen Hypothesen über die Entstehung des Geschlechtstriebes den Mythos heranzieht. Er erwähnt in diesem Zusammenhang das „Gastmahl“, in dem *Plato* die Vorstellungen eines ursprünglichen Mann-Weib-Geschlechts entwickelt; Zeus aber ließ sich bewegen, diesen zweigeschlechtlichen Menschen in zwei Teile zu teilen, wobei die Sehnsucht die beiden Hälften dazu trieb, im Verlangen miteinander wieder zusammenzuwachsen. *Freud* fragt sich hier, ob er es wagen dürfte, dem Wink des Dichterphilosophen folgend, den Sexualtrieb von dem Bedürfnis nach Wiedervereinigung abzuleiten.

Im folgenden möchte ich zeigen, wie der Patient nicht nur in seiner Symptombildung und seiner gesamten Lebensgestaltung, sondern auch in der therapeutischen Interaktion den symbiotischen Kontakt mit einer verlassenden, lebensverweigernden Mutter einerseits wiederherstellte und andererseits aufgrund seiner Trennungsangst durch aggressive Ablehnung und Selbstmorddrohung zu zerstören versuchte. In der Therapie fiel sofort seine Abgrenzungsunfähigkeit auf. Er redete mit hemmungsloser Offenheit während der therapeutischen Sitzungen, als ob er einen fließenden Übergang zu dem Therapeuten herzustellen wünschte. Als erstes konfrontierte er die therapeutische Gruppe mit der Geschichte des Mordes an seinem Sohn. Dabei eröffnete er sich in einer für die Gruppe unerträglichen Weise, so daß die Gruppenmitglieder angesichts so weitgehender Verwirklichung ihrer eigenen destruktiven Phantasien große Angst entwickelten. Die zwanghaft geschlossene Abwehrhaltung der Gruppe gegenüber dem Patienten hatte zur Folge, daß dieser während des therapiefreien Wochenendes einen Suizidversuch unternahm. Im weiteren Verlauf hielt er sich streng an den Gruppenvertrag, verzichtete auch auf sein Suchtmittel, den Alkohol, suchte aber an jedem Wochenende Strichjungen auf. In der Gruppe fühlte er sich als Außenseiter und genau wie in seiner Familie wegen der Homosexualität in die Isolierung gedrängt. Er dachte oft an seine Frau und meinte, es ginge ihr im Gefängnis genauso wie ihm in der Klinik, während er die Gruppenmitglieder wie seine

Geschwister erlebte, die sich von ihm abgewandt hatten. Er griff in der Co-Therapeutin seine Frau an, die er wiederum als seine böse Mutter wahrnahm. Der Therapeut stellte für ihn zwar den Vater dar, dem er mißtraute, jedoch erwartete er in Verbindung mit der Gruppe als ganze Funktionen einer omnipotenten Mutter von ihm. Mit seiner eindringlich monoton klagenden Stimme redete er immer wieder auf die Gruppe ein, um die permanente Angst, von der Mutter verlassen zu werden, zu bewältigen. Zugleich provozierte er einen Zustand der Lähmung und Müdigkeit bei Patienten und Therapeuten, welche er in ihrer Gegenübertragung genauso „schaffte“ wie seine Partner; denn solange er sprach war er selbst die Mutter, die jede lebendige Interaktion als lebensbedrohlich erlebte und kontrollieren mußte. So fand er immer wieder Anlaß, seinem Gefühl, nicht er selbst sein zu dürfen, Vorschub zu leisten. Denn das von der Mutter zerstückelte Kind, das er der Gruppe demonstrativ anbot, war er selbst, dasselbe Kind, das sich im Suizid an seine Mutter wandte, da mit der Beendigung jeder therapeutischen Sitzung sein Verlassenheitstrauma wiederholt wurde: jetzt stellten sich seine psychosomatischen Reaktionen wieder ein. Er litt unter diffusen Schmerzen in allen Gliedern und entwickelte eine schwere Anorexia, zugleich trat eine hyperazide Gastritis auf, und er hatte Angst, er würde erneut Magendarmulcera bekommen, die zuletzt nach der Trennung von seiner Frau beinahe zu einer Perforation geführt hatten. Über psychosomatische Symptome wurde in der Gruppe kaum gesprochen. Der Patient berichtete seine Beschwerden dem Therapeuten nach den Sitzungen, als ob seine körperlichen Krankheiten eine beredtere Sprache sprächen und ihm eher über sie und die entsprechende Behandlung ein Gefühl des Angenommenseins gelänge, das ihm die Gruppe vorenthielt. Zugleich versuchte er das permanente Gefühl der Lebensbedrohung, das sich in der therapeutischen Situation für ihn potenzierte, abzuwehren. Außerhalb der Therapie kümmerte er sich dagegen um alle Mitpatienten wie ein hervorragender Fürsorger. Er behandelte alle wie verlassene kranke Kinder, besorgte ihnen Wohnungen, regelte ihre Behördenangelegenheiten und Korrespondenzen, gab ihnen Geld und stritt sich für sie mit dem Personal. Er war die sorgende Mutter und tat für die Patienten all das, was er sich wünschte, das man für ihn täte.

Als der Therapeut auf eine andere Station versetzt werden sollte und die Trennung mit der Gruppe durcharbeitete, zog sich der Patient auf eine homosexuelle Beziehung zu einem jungen Gruppenmitglied zurück. Er versuchte ihn stellvertretend für die Therapie auf sexuellem Wege zu inkorporieren, verließ mit ihm die Klinik und nahm große Mengen von Alkohol zu sich. Dann forderte er seinen Freund auf, ihn zu erwürgen. Er übernahm die Initiative und versuchte, den Freund zu erwürgen, welcher sich jedoch erfolgreich zur Wehr setzte.

Der eingangs zitierte Traum wurde hier in der Realität ausagiert. Traum und Wirklichkeit waren für den Patienten nicht unterscheidbar, denn angesichts der Verlassenheitsängste war die Regression auf eine totale Vereinigung mit dem liebenden Mit-Ich die einzige noch mögliche Leistung eines Ichs, dessen narzißtische Libidobesetzung vollkommen auf die Zuwendung des Therapeuten angewiesen war. Hier wird auch verständlich, weshalb der Freund im Traum ganz tot sein mußte, bevor er sich ihm näherte. Jede abgrenzende Lebensäußerung mußte dem Patienten in diesem Regressionsstadium als Ablehnung erscheinen bzw. als Entzug lebensnotwendiger narzißtischer Besetzungsenergie seines rudimentären Ichs.

Ammon hat der Diskussion um den Destruktionstrieb als Manifestation eines vermeintlichen Todestribs seine klinischen Erkenntnisse entgegengehalten. Er konnte einen angeborenen Destruktionstrieb nicht beobachten, wohl aber destruktive Aggression, welche als Reaktion auf einen frühkindlichen Konflikt mit der Mutter zu verstehen war. Diese destruktive Aggression hatte ihr Objekt verloren und eine sekundäre Autonomie entwickelt. Anknüpfend an *Freuds* ursprüngliches Konzept von den Sexual- und Ich-Trieben konzipierte er die konstruktive Aggression als zentrale Ich-Funktion, welche bei normaler Ich-Entwicklung ganz im Dienste der Lebensentfaltung steht. Eine Mutter, die das eigene Leben wie das des Kindes bejaht, kann ihm konsequenterweise ein lustvolles Besetzen seines kindlichen ad-gredi ermöglichen. Sie verhilft dem Kind zu der Erfahrung seiner körperlichen und psychischen Ich-Grenzen und schließlich zur angstfreien Abgrenzung von ihr in eigener Identität. Anstelle des Identitätsbedürfnisses mit dem Mutter-Ich tritt hier die Ich-Überich-Identität. Wenn der Trieb als primärer Lebensmodus zunächst naturgemäß regressiv auf die Mutter gerichtet erscheint, so besteht die mütterliche Funktion gegenüber der Entwicklung des Kindes gerade darin, diesem regressiven Verhalten die Umpolung in das ad-gredi primär konstruktiver Aggression zu ermöglichen. Da aber dieser Prozeß m. E. identisch ist mit der libidinösen Besetzung des Ichs und seiner Funktionen, erscheinen somit auch das Ich- und das Triebgeschehen identisch. Die Ich-Entwicklung ist dann als ein Prozeß der sich ständig differenzierenden Triebgestaltung anzusehen. Was bei *Freud* Genitalität war, ist im Rahmen der modernen Ich-Psychologie Identität. Wie es bereits *Ferenczi* (1929) in seiner Arbeit „Versuch einer Genitaltheorie“ darlegte, werden gerade bei vollentwickelter Identität die ursprünglichen Bedürfnisäußerungen in der Sexualität, im Orgasmus und im Sterben als eine Art Mutterleibsregression wiederhergestellt. Der Rückgriff auf primärprozeßhafte Erfahrungsmodi steht bei einem Ich mit flexiblen Ich-Grenzen ganz im Dienste seiner progressiven Funktion, wie es u. a. die moderne Kreativitätsforschung bestätigt hat.

Ich habe versucht zu zeigen, inwieweit auf einer primärprozeßhaften Ebene das regressive Bedürfnis nach totalem Einssein mit der Mutter im Tode als eine Lebensäußerung zu verstehen sei. Man könnte hier auch analog von regressiver Aggression sprechen, die auf einen Lebenszustand vor der Objekterfahrung gerichtet ist, als das kindliche Ich noch mit dem mütterlichen identisch war. Die pervertierte Ich-Funktion einer regressiven Aggression hätte dem oben beschriebenen Patienten dann dazu gedient, auf Lebenszustände zurückzugreifen, wo er sich noch nicht bedroht fühlen mußte. Denn jeder aggressive Fortschritt in Richtung auf die primäre Objektbeziehung der Mutter war mit narzißtischem Libidoentzug bedroht.

Freud (1920) hatte bereits formuliert, Todesangst entstehe, wenn das Ich seine narzißtischen Besetzungen „entläßt“ und sich selbst aufgibt. Das Ich verhält sich dabei gewissermaßen wie der beschriebene Patient, der in seiner Symptombildung, seiner Lebensgestaltung und seiner therapeutischen Situation sich als von der Mutter verlassen erleben mußte, weil seine verkrüppelte Ich-Überich-Struktur ihm nur die Abwehr einer Lebensentfaltung gewährte.

Wenn aber Psychoanalytiker die sekundäre Autonomie dieser selbstzerstörerischen Abwehridentität nicht als ein pathologisches Treueverhältnis zur pathogenen Mutter-Kind-Beziehung erkennen, sondern als Ausdruck eines angeborenen Todestriebs verstehen, so ist damit konsequenterweise ein therapeutischer Nihilismus verbunden. Man muß sich fragen, inwieweit sich diese Analytiker aufgrund eigener Ängste vor dem Leben mit dem ursprünglichen Aggressor im Über-Ich ihrer Patienten identifizieren und sich dabei mit deren Abwehrstruktur verbünden. Therapeutischer Optimismus als Ausdruck ärztlicher Identität und der damit verbundenen Bereitschaft zur Wiedergutmachung narzißtischer Wunden psychisch kranker Menschen charakterisiert meinen Lehrer *Günter Ammon*, dem ich diese Arbeit widme.

“Death Instinct” as a Defense Formation, Illustrated with a Case Study of a Psychosomatic Patient with Symptoms of Perversion, Addiction and Suicidal Behaviour

Jan Pohl

Freud introduced the concept of an innate death instinct led by the insight that repetition compulsion is incompatible with the pleasure principle.

The wish to reach a state without any tension, to enter into nirwana, as it is manifested in intrauterine phantasies is, according to *Freud*,

caused by the death instinct. With the help of libidinal energy and of external stimuli the nirwana principle then is constituted as representation of the pleasure and of the reality principle. Libido and external stimuli thus preserve their function of regulating the life processes.

With a case study of a psychosomatic patient, who suffered at the same time from perversion, drug addiction and suicidal tendencies, the author proves his hypothesis that the repetition compulsion is not the manifestation of an innate death instinct, but of perverted primary aggression, which became destructive. In accordance with *Ammon* he views aggression as a central, constructive primary ego-function which is indispensable for separating the ego and the object world. It is transformed into destructive behaviour when the mother does not react to the adgredi of the child with understanding and love. The child then will henceforth react with fear of abandonment and will remain fixated on an archaic narcissistic level, in a fetal union with the mother. Any separation of the ego and the object world will be experienced as an existential danger, aggression will change into destruction and the mother-child-identity will not be followed by the identity of an own ego and super-ego.

The author understands the symptoms of his patient as a primary processual manifestation of a longing for a total narcissistic union. All his life the patient was subjected to the repetition compulsion to search for life-forbidding objects. He tried to defend his infantile trauma of being forsaken by excessive oral-incorporative sexual behaviour. His partners were either male prostitutes, who came near to his ideal self, or women with a manly appearance, who betrayed and left him, since they were like his mother unable to love. On this he reacted with psychosomatic diseases like tuberculosis, anorexia nervosa and ulcera duodeni, finally with attempts of committing suicide and murder. On this archaic level of regression death is not experienced as reality, but rather longed for as a state without any sense of self and without awareness of an ego and an object world. Fusion between ego and the object world seems to be possible only in death. According to the author the destructive dynamics of the repetition compulsion therefore are based on the wish to reestablish the infantile symbiosis with the mother, who did not allow to the child a life of his own. Here the author hints at the relation between the development of ego and instincts.

The ego- and instinctual processes become identical, when the instincts as primary vital manifestation, are regressively directed onto the mother, who mainly should care for the transformation of regressive aggression into a constructive one. Ego-development thus appears as a steady process of differentiation of the instinctual life.

At the end the author deals with the problem of the psychoanalyst's identity, who believes in an innate death instinct. He discusses the issue whether these analysts identify with the aggressor in their patients' super-ego due to own fears of life, and thus make an alliance with their patients' resistances. He concludes that the belief in a death instinct is a manifestation of the analysts' lack of identity which is connected with a nihilistic attitude towards psychotherapy. Its manifestations however, understood as a regressive defense against the fear of abandonment, are susceptible for analysis when in the process of treatment destructive behaviour is transformed again into constructive aggression.

Literatur

- Ammon, G.* (1970) Gruppendynamik der Aggression (Berlin: Pinel-Publikationen)
— (1973): Dynamische Psychiatrie (Darmstadt: Luchterhand)
— (1974): Psychoanalyse und Psychosomatik (München: Piper)
Ferenczi, S. (1924): Versuch einer Genitaltheorie (Leipzig/Wien: Int. Psychoanal. Vlg.)
Freud, S. (1900): Die Traumdeutung. Ges. W., Bd. II/III (London: Imago)
— (1920): Jenseits des Lustprinzips. Ges. W., Bd. XIII, aao.
— (1924): Das ökonomische Prinzip des Masochismus. Ges. W., Bd. XIII, aaO.
Schur, M. (1973): Sigmund Freud — Leben und Sterben (Frankfurt: Suhrkamp)

Adresse des Autors:
Dr. med. Jan Pohl
Münchener Lehr- und Forschungs-
institut der DAP
8 München 40
Leopoldstr. 87

Probleme der Ich-Regulation am Beispiel der Psychosomatischen Reaktion**

Dietrich v. Kries *

v. Kries beschreibt psychosomatische Störungen als Problem der Abgrenzungsunfähigkeit einer archaischen Ich-Struktur. Die Körper-Ich-Grenze als der Ort, an dem äußere wie innere Objekte emotional erlebt werden, ist beim archaisch Ich-Kranken defekt. Psychosomatische Symptome bilden die Grenze eines reparativen Ich-Raumes, durch den die defekte Körper-Ich-Grenze ersetzt wird. Psychosomatik und andere Symptome werden als Vorläufer eines Introjektes beschrieben und gleichzeitig als Ort, an dem emotionale Erfahrungen gemacht werden.

Abschließend wird eine zweite Gruppe von psychosomatischen Störungen diskutiert und in Beziehung gesetzt zu Mengs Konzept der Organpsychosen. Die Möglichkeit wird erörtert, diese Störungen als somatisch fixierte autistische Reaktionen zu erklären.

Im Rahmen einer dynamisch-psychiatrischen Auffassung werden Sucht, psychotische, perverse und psychosomatische Reaktion als eine nosologische Einheit zusammengefaßt. Sie bilden die Gruppe der archaischen Ich-Krankheiten, denen der Konzeption Ammons (1971, 1974) entsprechend ein schweres emotionales Defizit in und vor der symbiotischen Phase zugrunde liegt.

Bei der Gruppe der archaischen Ich-Krankheiten ist der Aufbau der Ich-Struktur und Körper-Ich-Struktur defekt, weil der erste Schritt der Bildung des Ichs, seine Abgrenzung von der mütterlichen Umwelt, nicht ausreichend vollzogen werden konnte. Das Scheitern dieser wesentlichen regulativen Aufgabe kann zurückgeführt werden auf ein gegenseitiges krankes Abhängigkeitsverhältnis zwischen Mutter und Kind, das begleitet wird von einer lebenslangen Hoffnung auf gegenseitige Reparation ihres emotionalen Defizits. Diese nie geglückte Lösung wird dann im späteren Verlauf der Ich-Entwicklung durch Abwehrformationen zuge deckt.

Gemeinsam ist diesen Patienten, daß ihr Ich zwei wesentliche Merkmale lebendiger Systeme weitgehend eingebüßt hat: die Eigenschaft, sich selbst zu regulieren, und die Eigenschaft, sich zu entwickeln. Das Ich dieser Patienten ist erfahrungsunfähig.

* Dipl.-Psych., Wissenschaftlicher Leiter und Lehranalytiker des Frankfurter Lehr- und Forschungsinstituts der DAP

** Vortrag gehalten auf dem 1. Deutschen Regional Meeting des International College of Psychosomatic Medicine (ICPM), 22.-26. September 1974, Schloß Weidenkam (Starnberger See bei München)

Ich möchte hier nun zeigen, daß die defiziente Abgrenzungsfähigkeit des Ichs bei einer archaischen Störung der Ich-Regulation sich als Problem der defekten Bildung des Körper-Ichs verstehen läßt.

Das Körper-Ich entsteht in der interpersonellen Beziehung zwischen Mutter und Kind. Die Mutter organisiert im emotionalen Austausch mit ihrem Kind das gesamte Spektrum möglicher Körpererfahrung. In der Zeit des Abstillens, in der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres, ist der Säugling das erste Mal in der Lage, der Gestalt der Mutter die von ihr ausgelösten Empfindungen in allen Sinnesmodalitäten ganzheitlich zuzuordnen. Das mütterliche Objekt wird persönlich wahrgenommen. Dagegen reagiert der Säugling auf ein Objekt, das nicht die von allen Sinnen vermittelten Charakteristika der Mutter besitzt, mit Angst. Den Hintergrund der Erfahrung der Fremdheit eines Objekts stellt die Mutter dar, die Mutter, die persönlich nicht anwesend ist, die der Säugling aber in sich als anwesend antreffen muß.

Die Objektbeziehung wird an der Körper-Ich-Grenze gedacht und gefühlt

Lewins (1946) Begriff von der Brust als Traumhintergrund oder Projektionsschirm scheint mir geeignet zu sein, um diesen wesentlichen Schritt der Ich-Entwicklung zu verdeutlichen, die Entdeckung der Kategorie des Nicht-Ichs, der gleichbedeutend ist mit der Trennung des Ichs von der Mutter. Der Begriff der „Brust“, darauf weist René Spitz (1969) hin, ist eine gedankliche Abstraktion aller synästhetischen Kontaktwahrnehmungen, die in der Hand, in der Mundhöhle und auf der Haut stattfinden. Dieser Abstraktionsvorgang, den Lewin hier gedanklich vollzieht, findet beim Säugling als gefühlsmäßiger Vorgang statt, der zur Ausbildung eines von der Mutter abgegrenzten Körper-Ich-Gefühls führt. *Die Körper-Ich-Grenze übernimmt von nun an die Funktion, anstelle der „Brust“ den Hintergrund für alle körperlichen Erfahrungen zu bilden.* Mit der Ausbildung dieser psychischen Struktur des Körper-Ichs kann das Ich über das Körper-Ich Objektbeziehungen in kleinen Besetzungsquantitäten — sekundärprozeßhaft — am Körper fühlen. An der Körper-Ich-Grenze kann nun eine Objektbeziehung, auch wenn sie nur gedacht wird, psychophysisch, d. h. gefühlsmäßig, existent werden (Abb. 1).

Ammon spricht von einem „Loch im Ich“ bei Patienten mit einem emotionalen archaischen Defizit. Dieser Defekt in der emotionalen Organisation des Ichs wird hier als Abgrenzungsproblem des Körper-Ichs von der äußeren Realität, das ist ursprünglich die Mutter, beschrieben. Das Vakuumgefühl, das Gefühl der inneren Leere, das von Patienten mit archaischen Ich-Störungen sehr quälend und intensiv erlebt werden kann,

läßt sich als ein Nicht-Ich-Gefühl verstehen. Dieses Nicht-Ich-Gefühl kann vom gesunden Ich der äußeren Realität zugeordnet werden. Der archaisch Ich-Kranke erlebt dieses Nicht-Ich-Gefühl fälschlicherweise an sich selbst. Eine weitere Ursache des Leere-Gefühls läßt sich aus der Unfähigkeit dieser Patienten verstehen, auch später erfahrene gute Objektbeziehungen zum Leben zu erwecken, wenn sie allein sind, da ihre Körper-Ich-Grenze defekt geblieben ist. Diesen Patienten fehlt jener urmütterliche Hintergrund, an dem innerpsychisch emotionale Erfahrungen gemacht werden können, der das Gefühl der Existenz vermittelt und der hier Ich-strukturell als Körper-Ich-Grenze beschrieben wurde.

Psychosomatik als Ersatz für die Körper-Ich-Grenze

Der archaisch Ich-Kranke bildet nun Hilfsmittel aus, um die Störungen, die aus der fehlerhaften Bildung der Körper-Ich-Grenze stammen, zu vermindern. Diese Funktion kann die psychosomatische Reaktion übernehmen. Die psychosomatische Symptomatik wird hier nicht vom Ich abgespalten erlebt, sondern der Patient nimmt sie Ich-nah wahr. Die Psychosomatik ersetzt hier die Körper-Ich-Grenze und dient an ihrer Stelle als Projektionsschirm für Gefühle, die dem Körper, äußeren und inneren Objekten zugehören. Das Körper-Ich grenzt sich durch die Psychosomatik zum Körper hin ab und wird dadurch erst existent. Die Lust-, Unlust- und Schmerz wahrnehmungen, die durch das psychosomatische Symptom hervorgerufen werden, ermöglichen eine stereotype und reduzierte Wahrnehmung des Körpers. Das emotionale Spektrum ist eingeeengt auf wenige Reaktionsmuster, mit denen die meisten Objektbeziehungen gefühlsmäßig dargestellt und interpretiert werden. Das defekte Körper-Ich des archaisch Ich-Kranken benutzt die psychosomatische

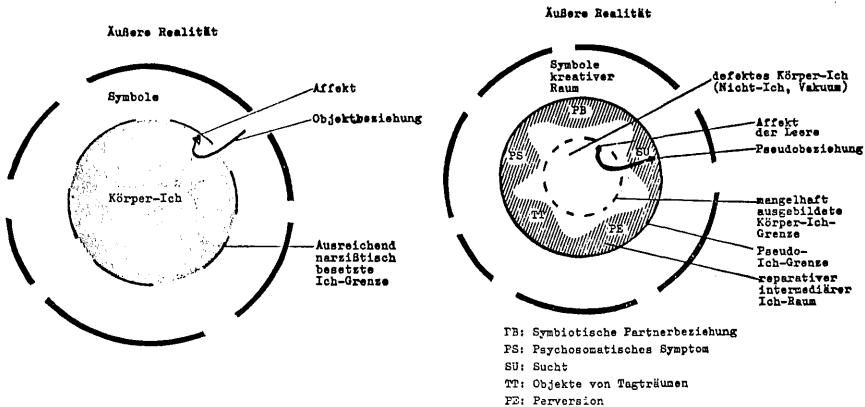


Abb. 1: Funktionsfähiges Ich

Abb. 2: Psychodynamik eines archaischen Ich-Defizits

Reaktion als Projektionsschirm für Gefühle anstelle der Körper-Ich-Grenze und verhindert dadurch eine Auflösung nach innen wie nach außen.

Die in Abb. 2 psychodynamisch dargestellte Abwehrstruktur eines archaisch organisierten Ichs kann als Versuch angesehen werden, das Abgrenzungsproblem zu lösen, indem eine Pseudo-Ich-Grenze gebildet wird, die anstelle der Ich-Grenze besetzt wird. Mit Hilfe von Objekten stellt das Ich einen Raum her, der als zum Ich gehörig erlebt wird, aber nicht dem Charakter des intermediären Raums der Symbole zwischen innen und außen entspricht. Dieser Raum wird begrenzt durch die psychosomatische Symptomatik, Objekte der Sucht, der Perversion oder einer symbiotischen Partnerbeziehung.

Solange diese Objekte ein Verschmelzungserlebnis erlauben, kann sich der Patient existent erleben. Dabei wird das Abgrenzungsproblem an den Rand dieses Ich-Raums geschoben, und zu einem Problem der Objekte gemacht. Das Spektrum der Symptome archaischer Ich-Störungen ist also ein Hilfsmittel dafür, die defekte Körper-Ich-Grenze zu regulieren.

Charakteristika des reparativen Ich-Raums

Ich möchte nun einige wesentliche Merkmale dieses reparativen intermediären Ich-Raums aufzählen. Alles, was sich in diesem Raum ereignet, muß dem Ich bekannt sein; viele kontrollierende Verhaltensweisen lassen sich aus dieser Notwendigkeit verstehen. Jedes Gefühl der Leere muß vermieden werden, weil sonst das Ich mit seinem eigenen Vakuum konfrontiert würde. Ebenso dürfen Gefühle der Fremdheit nicht zugelassen werden, denn diese würden wiederum Gefühle der Trennung und damit das vom Patienten in sich selbst erlebte Nicht-Ich-Gefühl auslösen.

Die Objekte, durch die das Ich seine falschen Grenzen aufbaut und reguliert, werden mit bestimmten Merkmalen ausgestattet und damit unter Kontrolle gebracht. Sie dürfen sich nicht verändern; sie müssen leblos sein. Da diese Objekte aber gleichzeitig den Zugang zur äußeren Realität darstellen, müssen sie auch ein Stück Leben verkörpern. Das Dilemma der Objekte ist nun: sie müssen lebendig sein und gleichzeitig entwicklungsunfähig. Einerseits garantieren die Objekte durch Kontinuität ihrer Leblosigkeit und Entwicklungsunfähigkeit, daß das Ich sie nicht verlieren kann. Gleichzeitig ist dies eine Garantie, daß die Objekte den Patienten nicht in sein Ich hinein verfolgen, das er ja als leer erlebt. Andererseits müssen sich diese Objekte immer wieder mit Leben anfüllen und das Ich faszinieren, weil sie aufgrund des Sogs des Vakuums im Ich in Gefahr sind, sofort zerstört zu werden. Denn sobald das Objekt langweilig wird, stürzt — bildlich ausgedrückt — der reparative Raum um das Ich ein,

und es wird mit seinem Innenraum konfrontiert, den es als Nicht-Ich erlebt. Faszination von der Objekt- wie von der Ich-Seite ist oft die Abwehr und gleichzeitig die Einleitung dieser zerstörerischen Dynamik.

Der archaisch Ich-Kranke mit seiner unzureichend ausgebildeten Körper-Ich-Grenze versucht das nie vollzogene Problem der Trennung aus der Symbiose dergestalt zu lösen, daß er durch den reparativen Ich-Raum gewissermaßen eine künstliche „Brust“ herstellt. Ein Beispiel dafür sei ein Patient, der in der Welt seiner Science-Fiction-Romane lebt, in der alle menschlichen Figuren zeitlos und austauschbar sind. Er ist nicht in der Lage, sich in diesem tagträumerischen Raum gefühlsmäßig und körperlich existent zu machen. Die Objektbeziehungen, die er durch die Konstruktion seiner Tagträume herzustellen versucht, kann er nicht in sich nachfühlen. Das Ich lebt gleichsam als Gefangener hinter seinen von ihm selbst geschaffenen Pseudo-Ich-Grenzen, in einem Ich-Raum, der mit der Zeit erstarrt.

Präsymbiotische Psychosomatik

Ich möchte mich nun einer zweiten Gruppe psychosomatischer Reaktionen zuwenden, die nicht die oben beschriebene regulative Funktion für die Körper-Ich-Grenze haben. Das Ich ist bei dieser zweiten Gruppe in starkem Maße verarmt um ein konstruktives Lebenspotential. Diesen archaischen Ich-Störungen liegt kein Trennungsproblem aus der Symbiose zugrunde. Die psychosomatische Symptomatik wird Ich-fern erlebt.

Ontogenetisch könnte der Prozeß als eine Abspaltung von Ich-Kernen ins Somatische in einer präsymbiotischen Zeit erklärt werden, in der noch eine totale psychosomatische Einheit besteht. Diese aus der weiteren Ich-Entwicklung ausgeblendeten Ich-Anteile können dann, wie wir annehmen wollen, im späteren Leben innerhalb des Somas desintegrieren. Wir bezeichnen diesen Vorgang in Anlehnung an *Meng* (1934) als organpsychotische Reaktion.

Diese Position, daß somatisch ausgedrückte psychotische Reaktionen vorkommen können, wurde außer von *Meng* auch von *Ammon* (1974) erwogen. Eine offene Frage bleibt die Genese. Über den Zeitpunkt der Entstehung von Körperpsychosen kann nur spekuliert werden.

Hier wird die These vertreten, daß es sich bei diesen Ich-Kernen um Ich-Anteile handelt, die nie in die Mutter-Kind-Symbiose eingetreten sind, die also weder in Beziehung zur Außenwelt, zum psychologischen Objekt Körper noch zum Ich stehen.

In Anlehnung an *Margret Mahlers* (1969) Konzept der Abwehr bei autistischen Psychosen — sie spricht von einer somato-psychischen Ab-

wehr — meine ich, daß dieser Gruppe psychosomatischer Erkrankungen eine autistische Reaktion zugrunde liegt, die rein somatisch ausgedrückt und im Somatischen eingefroren wird. Als Paradigma einer somatisch fixierten, autistischen Reaktion könnte man sicherlich einige Beispiele aus der sehr heterogenen Gruppe der Karzinomerkrankungen einordnen. Erwähnt sei die seit längerer Zeit diskutierte negative Korrelation zwischen Karzinom-Erkrankung und psychotischer Reaktion. Bei diesen organ-psychotischen Erkrankungen kann vermutet werden, daß das Ich einer vollständig entmenschlicht reagierenden Mutter für Ich-Anteile des Kindes als psycho-physischer Organisator in einer sensiblen Phase, die weit in die pränatale Zeit hineinreicht, völlig ausgefallen sein muß.

Auf der ersten Tagung der Internationalen Studiengemeinschaft für Pränatale Psychologie 1972 in Freiburg sprach *Hau* (1973) von einem intrauterinen Hospitalismus. Zwanzig Jahre früher drückte *Wilhelm Reich* (1954) in seinem Interview mit *Eissler* in seiner ihm eigenen, konkreten Weise Ähnliches aus: Viele Kinder werden in ihren emotionalen Bedürfnissen vor und nach der Geburt durch kalte, biologisch tote, zusammengezogene uteri ruiniert. Auf welchem Wege die tödlich negative Einstellung der Mutter während der Schwangerschaft auf den Fötus übertragen wird, ist eine von der pränatalen Forschung noch weitgehend ungelöste Frage (*Rottmann*, 1973).

Psychosomatic Syndromes as a Problem of Ego-Regulation

Dietrich v. Kries

The author describes psychosomatic disturbances as a problem of an archaic ego-structure being incapable of delimiting itself. The boundary of the body-ego as the region, where outer as well as inner objects are experienced emotionally, is defective in patients with archaic ego-disturbances. Psychosomatic symptoms constitute the boundary of a reparative ego-space, by which the defective body-ego-boundary is replaced. Psychosomatic and other symptoms are described as antecedences of an introject and simultaneously as the place, where emotional experiences occur.

Conclusively a second group of psychosomatic disturbances is presented and related to *Meng's* concept of organ psychosis. The possibility is discussed, to conceive these diseases as somatically fixated autistic reactions.

Literatur

- Ammon, G.* (1971): The Psychosomatic Symptom in its Relation to Ego and Group Dynamics. In: Proceedings of the I. Int. Congr., Int. Coll. Psychosom. Med., Guadalajara, Mexico
- (1974): Psychoanalyse und Psychosomatik (München: Piper)
- Fisher, S.* (1970): Body Experience in Fantasy and Behavior (New York: Appleton)
- Hau, Th. F.* (1973): Peri- und pränatale Faktoren der Neurosenätiologie. In: *Graber, G. H.; Kruse, F.*, Hrsg.: Vorgeburtliches Seelenleben (München: Goldmann)
- Humphrey, G.* (1963): Thinking (New York: Wiley)
- James, W.* (1892): Psychology (New York: Henry Holt)
- Lewin, B.* (1946): Sleep, the Mouth, and the Dream Screen. In: *Arlow, J. A.* Hrsg.: Selected Writings of Bertram D. Lewin (New York: The Psychoanalytic Quarterly, 1973) Deutsche Übers. in: *Ammon, G.*, Hrsg.: Psychoanalytische Traumforschung (Hamburg: Hoffmann & Campe, 1974)
- Mahler, M.* (1969): On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation (London: Hogarth)
- Meng, H.* (1934): Das Problem der Organpsychose. In: Int. Z. Psychoanal. (20) 439—458
- Reich, W.* (1954): Reich Speaks of Freud. Ed. *M. Higgins; C. M. Raphael* (New York: Noonday)
- Rottmann, G.* (1973): Untersuchungen über Einstellungen zur Schwangerschaft und zur foetalen Entwicklung. In: *Graber, G. H.*, Hrsg.: Pränatale Psychologie (München: Goldmann, 1974)
- Spitz, R. A.* (1969): Vom Säugling zum Kleinkind. Naturgeschichte der Mutter-Kind-Beziehungen im ersten Lebensjahr (Stuttgart: Klett)

Adresse des Autors:
Dipl.-Psych. Dietrich v. Kries
Frankfurter Lehr- und
Forschungsinstitut der DAP
6 Frankfurt/M.
Rossertstraße 18

Buchbesprechungen / *Book Reviews*

Walter Bräutigam, Paul Christian

Psychosomatische Medizin — Ein kurzgefaßtes Lehrbuch für Studenten und Ärzte

Georg Thieme, Stuttgart, 2. erw. Aufl. 1975, 18 Abb., 17 Tafeln, 309 Seiten, DM 13,80

In dem vorliegenden Buch versprechen die Autoren „den gegenwärtigen Stand der psychosomatischen Medizin als einer an ärztlicher und klinischer Evidenz sich seit Jahrzehnten aufdrängenden Betrachtungsweise“ darzustellen. Diesem Anspruch wird versucht Rechnung zu tragen, indem verschiedenste Theorien kurz angeführt, die Bedeutung psychologischer und soziologischer Faktoren betont und psychosomatische Forschungsmethoden mit der Diskussion der Anlage-Umwelt-Problematik aufgeführt werden.

Das Bemühen der Autoren, ein lehr- und lernbares psychoanalytisches Konzept zu entwickeln, beschränkt sich jedoch im wesentlichen auf die verschiedensten orthodoxen Ansätze, die versuchen, das Neurosenmodell auf das psychosomatische Krankheitsgeschehen anzuwenden. Darüber hinaus wird lediglich der medizinischen Anthropologie von Viktor v. Weizsäcker wichtige Bedeutung zugestanden. Jedoch wird der für unsere heutige Betrachtungsweise des psychosomatischen Krankheitsgeschehens wesentliche Identitätsaspekt, den Viktor v. Weizsäcker schon 1933 ganz klar herausstellte, nicht erwähnt.

In diesem Zusammenhang kann von einem „gegenwärtigen Stand der psychosomatischen Medizin“ nicht die Rede sein, wenn eine Integration der Ergebnisse der modernen Ich-Psychologie und der Gruppenforschung in das theoretische Konzept einer psychoanalytischen Psychosomatik zu vermissen ist. Ebenso fehlt die Durchleuchtung des Kontextes psychosomatischer Erkrankungen mit anderen Störungen der frühen Ich-Entwicklung wie z. B. den psychotischen Reaktionen und die entsprechende, seit Jahrzehnten bekannte Literatur.

Entsprechend den nebeneinander gestellten psychosomatischen Theorien, die in ihrer Bedeutung nicht kritisch gegeneinander abgehoben werden, kann auch kein überzeugendes Behandlungskonzept angeboten werden, das sich zwingend aus einem ätiologischen Verständnis der psychosomatischen Krankheitsbilder ergibt. So werden psychoanalytische Therapie, Gruppenpsychotherapie, Hypnose, Autogenes Training, medikamentöse Behandlung usw. aufgeführt und undifferenziert und ohne Belege bestimmten Indikationen zugeordnet. Das Autogene Training soll z. B. bei funktionell und psychosomatisch Erkrankten helfen, die für eine aufdeckende Therapie nicht motiviert sind. Wie wenig die Erkenntnisse

der Ich- und Schizophrenieforschung berücksichtigt werden, zeigt sich auch daran, daß die klassische Analyse auf der Couch als der Idealfall für die „großen“ psychosomatischen Störungen herausgestellt wird, vorausgesetzt, es sei eine Motivation durch seelischen Leidensdruck und ein Minimum an Selbstreflexion vorhanden. Demgegenüber hat sich gerade durch die neueren Erfahrungen der Psychoanalyse als einer Behandlungswissenschaft gezeigt, daß insbesondere bei Patienten, die an den sogenannten klassischen psychosomatischen Erkrankungen leiden, aufgrund ihrer ausgesprochenen Ich-Schwäche die klassische Analyse kontraindiziert ist.

Grundlegend gilt in diesem Zusammenhang auch für den zweiten Teil des Buches, der sich im Rahmen der speziellen Psychosomatik vorwiegend mit klassischen Krankheitsbildern befaßt, daß nicht der Versuch unternommen wird, psychodynamische Diagnosen, die sich aus dem Behandlungsverlauf in der Arzt-Patient-Beziehung ergeben, zu stellen. Vielmehr werden deskriptive Darstellungen angeboten, die psychodynamisch nicht integriert sind.

Die Ausführungen des zweiten Teiles des Buches mit zahlreichen Kasuistiken können deshalb nur im Detail interessieren, weil grundsätzlich Konzeptionen fehlen, die der therapeutischen Interaktion folgen. So ist das Buch für eine moderne Konzeption psychosomatischen Krankheitsgeschehens, die die Ich- und Identitätsentwicklung in der Gruppe für Theorie und Therapie als zentralen Bestandteil ansieht, wenig relevant.

Karin Ammon (München)

Georg Groddeck

Das Buch vom Es

Kindler-Verlag, München, 1974, 307 Seiten, DM 7,80

Verdrängen und Heilen — Aufsätze zur Psychoanalyse und zur psychosomatischen Medizin

Kindler-Verlag, München, 1974, 140 Seiten, DM 6,80

Psychoanalytische Schriften zur Psychosomatik

Limes Verlag, Wiesbaden, 1974, 394 Seiten, DM 36,50

In seinem späteren Versuch, eine Topik der Psyche zu entwickeln, hat Freud das Unbewußte durch den Begriff „Es“ ersetzt. Er entlehnte diesen Begriff bei Groddeck. Warum bei ihm? Liest man Groddeckes Schriften, seine Briefe an eine Freundin, die er mit Patrick Troll unterzeichnet oder seine autobiographischen Notizen, so glaubt man zu ver-

stehen, warum *Freud* gerade den von *Groddeck* verwendeten Begriff „Es“ übernahm. Nicht etwa, weil er durch eine „gelehrsame Systematik“ imponieren könne, die — so *Groddeck* — „mit Wissenschaft nur das zu tun hat, daß sie mitunter dem Mann der Wissenschaft nützlich, weit öfter schädlich ist“, sondern, weil er nach *Freuds* Meinung „das Wesen der Sache so unverlierbar erfaßt habe“.

In *Groddecks* Schriften tritt dem Leser das „Es“ entgegen — traumähnlich, widersprüchlich, symbolhaft — so wie es sich unverfälscht und direkt dem Bewußtsein anbietet, noch nicht in sekundärprozesshafte Kategorien gepreßt.

Das „Buch vom Es“ ist ein Buch über das Es, aber es ist auch im eigentlichen Sinne vom Es. Der Leser wird einiges über das Es erfahren, aber er wird auch, angeregt durch *Groddecks* frei assoziierende Denkweise, einiges vom Es, nämlich des Lesers selbst, erfahren.

Die Aufsätze zur Psychoanalyse und Psychosomatischen Medizin sind, nicht zuletzt auch wegen der vielen autobiographischen Notizen, lebendig und amüsant zu lesen. Neben der Darstellung der Krankheit als Symbol eines intrapsychischen Konfliktes finden sich Ansätze zu einer umfassenderen Theorie psychosomatischer Krankheiten, indem er bereits auf den Appell-Charakter an die Umwelt und besonders auch an die Mutter hinweist.

Es ist *Groddeck* jedoch nie gelungen, seine Erkenntnisse in eine umfassende Theorie zu formen. Ich glaube, man darf annehmen, daß ihm daran auch nicht gelegen war. Dies mag jedoch der Grund sein, warum seine Arbeiten auf die spätere Forschung nur wenig Einfluß hatten.

Es ist erfreulich, daß *Groddecks* Schriften wieder herausgegeben worden sind, und wer „die Gesetze studieren will, wann, unter welchen Umständen und zu welchem Zweck das Es, dieses rätselhafte Wesen, das bewußtes und unbewußtes Leben regiert, Lust bekommt zu erkranken, Lust bekommt, die Umwelt als Erkrankungsmittel zu benutzen“, dem seien die Bücher dieses Arztes, Psychoanalytikers und Dichters empfohlen.

Hartwig Volbehr (Berlin)

Siegfried Ehlhardt

Aggression als Krankheitsfaktor

Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 1973, 148 Seiten, DM 18,80

Das Buch erörtert Begriff, Genese und Rolle der Aggression und will gleichzeitig als Einführung in die psychosomatische Medizin verstanden werden, wobei der Rolle der Aggression entscheidende pathogenetische

Relevanz zugesprochen wird. Obwohl der Autor den „einseitig destruktiven Akzent der Aggression“ kritisiert und sich um eine „Differenzierung des Sammelbegriffs Aggression“ bemüht, überschreitet er jedoch den durch die Vorstellung eines Triebgeschehens gegebenen begrifflichen Rahmen nicht. Er unterscheidet aktiv-spontane (nicht feindselige), reaktiv-defensive und aktiv-destruktive Aggression. Diese drei Formen der Aggression werden phänomenologisch nebeneinandergereiht, bleiben jedoch in ihrem psychodynamischen Zusammenhang im Grunde unverstanden, da die Ich-psychologischen und gruppenspezifischen Aspekte der Aggression außer acht bleiben, durch die die konstruktive versus destruktive Form der Aggression erst in einen dynamischen Verständniszusammenhang gebracht werden kann.

Der Bezug auf das Antriebsgeschehen (im Sinne von *Schultz-Hencke*) bestimmt auch die Konzeption der Psychosomatik des Autors, die er als „neurotische Aggressionsverarbeitung“ auffaßt. Der Trieb wird „als Grund- und Grenzbegriff der Psychosomatik“ diskutiert. In dem ausführlichen klinischen Teil bemüht sich der Autor, Fallbeispiele psychosomatischer Erkrankungen mit Hilfe seines vorgezeichneten Neurosenmodells in den Griff zu bekommen. Gleichsam unter der Hand kommen dabei Tatsachen zum Vorschein, die geeignet wären, den selbst gezogenen Begriffsrahmen des Autors zu sprengen.

So, wenn er feststellt, daß die Mutter nur das kranke Kind lieben konnte (was erst in einem Ich-psychologischen Zusammenhang in seiner ganzen Tragweite begriffen werden kann), wenn er den Versuch, sich von der Mutter zu lösen, als krankheitsauslösend beschreibt, wenn er von Ich-Schwäche spricht und sogar einmal Psychose und psychosomatische Krankheit in einen Zusammenhang bringt. Im Hinblick auf die Ich-Schwäche betont er die „vorbereitende Ich-Stärkung“ als initiale therapeutische Technik. Alle diese zentralen Erkenntnisse bleiben in bezug auf Verständnis und theoretische Formulierung der Genese psychosomatischer Krankheiten marginal und führen nicht zur notwendigen Revision des alten neurosenpsychologischen Konzeptes.

Gerd Röhling (Berlin)

Ullrich Spiegelberg

Colitis Ulcerosa in psychiatrisch-neurologischer Sicht

Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1965, 59 Seiten, DM 12,—

Der Autor gibt als Ziel seiner Arbeit eine in erster Linie phänomenologisch-diagnostische Klärung des Krankheitsbildes der Colitis ulcerosa an, wobei sich internistische, chirurgische und neurologisch-psychiatrische Methoden gleichgewichtig ergänzen sollen. Er referiert unter dieser

Problemstellung sehr detailliert im ersten Teil des Buches die Ergebnisse einer mehrdimensionalen Diagnostik bei 26 Colitis ulcerosa-Patienten und diskutiert im zweiten Teil die themenrelevante Literatur insbesondere zur Psychosomatik des Symptoms.

Dabei wird die Frage erörtert, ob Colitis ulcerosa als Organerkrankung oder als multifokale Manifestation einer Allgemeinerkrankung anzusehen sei, in deren Rahmen die Psychogenie nur eines unter vielen anderen (endogen-hereditären, organ-pathologischen, neurologischen und physiologischen) Strukturelementen darstelle. Besonderes Interesse verdient die Feststellung *Spiegelbergs*, daß Colitis ulcerosa häufig kombiniert mit anderen psychosomatischen Erkrankungen, wie Asthma bronchiale und Allergien, vor allem aber synchron oder alternierend mit psychotischen Reaktionen auftritt. Da er zudem akute schwere Versagungssituationen als Symptomauslöser bei der von ihm untersuchten Population vermißt, hält er eine monistisch psychosomatische Theorie, die bestimmte Erkrankungsformen spezifischen Neurosenstrukturen zuordnet, für widerlegt und klassische Psychoanalyse für kontraindiziert. Er empfiehlt daher eine mehrdimensionale Therapie, die dem konkreten Einzelfall angepaßt werden muß, internistische, chirurgische und neurologisch-psychiatrische Methoden umfassend, unter denen Psychotherapie, häufig kombiniert mit Pharmakotherapie, nur eine unter Umständen indizierte Maßnahme darstellt.

Mit den Falldarstellungen sämtlicher untersuchten Patienten und der quantitativen Verarbeitung methodisch sorgfältig eruiert diagnostischer Daten stellt das Buch wissenschaftlich hochinteressantes Material zur Verfügung. Von besonderer Bedeutung für die psychosomatische Theorie und Therapie ist der empirische Befund, daß Colitis ulcerosa der Psychose zuzuordnen sei. Der Autor distanziert sich demnach zu Recht von einer neurosenpsychologisch orientierten Psychosomatik und Psychotherapie, relativiert jedoch in Ermangelung eines Alternativmodells den Erklärungswert psychogener Faktoren für Ätiologie und Genese dieser Symptomatik überhaupt. Die der traditionellen Psychiatrie verhaftete Methodik und theoretische Position des Autors ist allerdings nicht geeignet, die psychodynamischen Grundlagen der Colitis ulcerosa zu erhellen und das psychotherapeutische Problem zu lösen.

Die Untersuchungsergebnisse sind jedoch geradezu als Verifizierung der modernen psychoanalytischen Theorie anzusehen, die psychosomatische Erkrankungen, wie auch die Psychose, zu den archaischen Ich-Krankheiten zählt. Die offene psychotische Disposition vieler Colitis ulcerosa-Patienten entspricht dem von *Ammon* entwickelten Konzept, das psychosomatische Symptombildungen als Kompensationen eines strukturellen Defektes vor allem des Körper-Ichs versteht, verursacht

von einer mißglückten Mutter-Kind-Symbiose. Inzwischen nähert sich *Spiegelberg* jedoch — 10 Jahre nach Erscheinen seiner Monographie — auch in seinem theoretischen Konzept den Ich-psychologischen Forschungen *Ammons*. Das psychosomatische Symptom dient mehr oder weniger gelingend der Abwehr der Psychose. Daraus ergibt sich als schlüssige therapeutische Konsequenz die Indikation spezifischer Techniken, die, im Unterschied zur klassischen Psychoanalyse, jenseits des Symptoms eine nachholende Ich-Entwicklung ermöglichen: Milieuthérapie in der Klinik und Gruppenpsychotherapie.

Die Diskussion zeigt, daß die Ergebnisse empirischer klinischer Arbeit erst auf der Grundlage eines fundierten theoretischen Systems voll verständlich und praktisch relevant werden. Sie zeigt auch, wie sinnvoll und notwendig der Zugang der Psychiatrie zu modernen psychoanalytischen Theorien und Methoden ist für den Dienst am Patienten.

Christine Bott (München)

Günter Ammon

Psychoanalyse und Psychosomatik

Piper, München, 1974, 368 Seiten, DM 14,—

In der organischen Medizin erweitert sich das Bewußtsein von psychosomatischen Zusammenhängen heute ebenso wie die Zahl der Patienten steigt, die an funktionellen und psychosomatischen Erkrankungen leiden. Obwohl jedoch die Psychosomatik der Psychoanalyse seit den Forschungen *Groddecks* und *Felix Deutschs* ihre Existenz verdankt, scheint ihr Einfluß allgemein zugunsten psychophysiologischer und sozialmedizinischer („Soziosomatik“) Ansätze zurückzugehen. Psychoanalytisch orientierte Veröffentlichungen der letzten Jahre in Deutschland gehen überwiegend von speziellen psychosomatischen Syndromen aus und versuchen, spezifische psychodynamische und Umweltbedingungen herauszuarbeiten. Dieses Vorgehen aber ist seit den Bemühungen *F. Alexanders*, spezifische neurosenpsychologische Konfliktkonstellationen für bestimmte psychosomatische Krankheiten zu finden, zumindest problematisch.

In dieser kurz umrissenen Situation der psychosomatischen Medizin legt *Günter Ammon*, Begründer der ersten deutschen psychosomatischen Fachgesellschaft (Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin, DGPM), erstmals ein geschlossenes psychoanalytisches Konzept psychosomatischer Krankheit vor, das über neurosenpsychologische Vorstellungen hinausgeht. Das psychosomatische Symptom ist nicht Ausdruck einer

individuellen Verdrängung eines intrapsychischen Konflikts, sondern füllt ein in einer pathogenen Familiengruppe früh erworbenes Ich-Defizit aus.

Ammons ausgezeichnete Darstellung der Geschichte der Psychosomatik, die eng verknüpft ist mit der Entwicklung der Psychoanalyse von einer Trieb- zur Ich- und Gruppen-Psychologie, vermittelt die Voraussetzungen seiner neuen Theorie einer psychoanalytischen Psychosomatik.

Freud, der seine Schüler von der Psychosomatik als „unerforschtem Grenzgebiet aus erzieherischen Gründen fernhalten“ wollte, damit sie lernen sollten, „sich auf psychologische Denkweisen zu beschränken“, legte selbst den Grundstein für eine dualistische Entwicklung der Psychosomatik. Sein Konzept der Konversionsneurose, bei der das körperliche Symptom symbolisch den verdrängten Konflikt darstellt, liegt der Auffassung des psychosomatischen Symptoms als nach dem Neurosenmodell entstanden zugrunde, eine Ansicht, die heute als obsolet zu gelten hat, sich jedoch z. B. bei *Mitscherlich* („zweiphasige Verdrängung“) noch findet. Bei der Konversionsneurose konnte dieser dem Symptom zugrunde liegende psychische Inhalt mit Hilfe der Analyse aufgedeckt, das Symptom beseitigt werden.

Den körperlichen Symptomen der anderen Gruppe psychischer Störungen, der Angstneurose, liegt nach *Freud* kein inhaltlicher Konflikt zugrunde, der analysierbar ist. *Freud* überließ die Aufklärung des organischen Angstäquivalents der „biologisch-medizinischen Forschung“. Das Konzept der Angstneurose wurde zur Grundlage des psycho-physischen Parallelismus der vegetativen Neurose *F. Alexanders*, der anders als *Freud* gerade die emotionale Grundlage des organischen Symptoms erforschte. Er fand generell eine Dynamik der infantilen Abhängigkeit, verursacht durch inadäquate Beantwortung frühkindlicher Bedürfnisse. Wenn *Alexander* auch damit ansatzweise eine interpersonelle Ätiologie annimmt, sieht er die Ich-Entwicklung doch vorwiegend als biopsychologisches Problem von Wachstum und Fortpflanzung.

Die Ich-psychologische Forschung hat sich von Anfang an mit dem Körper-Ich und den Ich-Zuständen des organisch Kranken beschäftigt. *Schilders* Konzept des Körper-Schemas und *Federns* Erforschung der Ich-Grenzen sind unbedingte Voraussetzungen für eine Auffassung der Ich-Entwicklung als autonomer Identitätsentwicklung. Innerhalb der *Hartmannschen* Ich-Psychologie hat sich besonders *Schur* der Psychosomatik gewidmet; er sieht das Ich jedoch nur unter einem rein funktionalistischen Aspekt, dem der Triebbeherrschung und Realitätsanpassung. Psychosomatische Krankheit erscheint so als Ich-Regression reaktiv auf Triebansprüche, in dessen Verlauf eine Resomatisierung des Verhaltens einer Entneutralisierung von Triebenergien entspricht.

Ammons bedeutende Leistung ist es, Ich-Entwicklung konsequent als Identitätsentwicklung innerhalb einer Primärgruppe zu verstehen, die die primär gegebenen Ich-Funktionen der konstruktiven Aggression und der Kreativität gewährend unterstützen muß und so den Aufbau einer flexiblen Ich-Grenze ermöglicht. Die Folge des Fehlens dieser Unterstützung innerhalb der frühen Mutter-Kind-Symbiose ist ein strukturelles narzißtisches Defizit, das mit der Symptomatik der archaischen Ich-Krankheiten zugleich abgewehrt und ausgefüllt wird. Die damit verbundene destruktive Aggression entspricht nicht einem Triebgeschehen, sondern ist die Reaktion auf die Verweigerung der konstruktiv-aggressiven und kreativen Abgrenzung einer eigenen Identität. Zu den archaischen Ich-Krankheiten zählt *Ammon* neben der Psychose, der Borderline-Symptomatik, der sexuellen Perversion und der Sucht die psychosomatische Reaktion, bei der die Schädigung bereits auf der Ebene des Körper-Ichs erfolgte. *Ammon* beschreibt detailliert die psychosomatisch krankmachende Mutter-Kind-Beziehung innerhalb einer Primärgruppe, die sich selbst nicht genügend abgrenzen und der Mutter keine Identität — besonders als Mutter — ermöglichen kann. Der später psychosomatisch reagierende Patient ergreift bei Identitätsanforderungen die Flucht in die falsche Identität des organisch Kranken, das Symptom ist ein Identitätsersatz.

Innerhalb des Spektrums der archaischen Ich-Krankheiten lassen sich Parallelen finden zwischen psychotischer und psychosomatischer Reaktion, die die häufig beobachteten Verschiebungen zwischen beiden Krankheitsbildern erklären können. Sehr interessant sind *Ammons* Ergebnisse der Erforschung der Pathogenese hinsichtlich der Ähnlichkeit der Mutter-Kind-Beziehung des sexuell-pervers und des psychosomatisch reagierenden Patienten. Beider Mütter können sich nur auf den Körper des Kindes beziehen, den sie idolisieren und als Ding-Objekt behandeln. Während sich die pervers-machende Mutter jedoch auf den gesunden Körper und seine Funktionen bezieht, kann sich die Mutter des später psychosomatischen Kindes nur dem kranken Körper zuwenden. Der Patient sucht analog der perversen Objekt-Beziehung in seinem kranken Körper einen Ding-Objekt-Partner, den er als Teil seiner selbst erleben kann.

Den Gruppenaspekt sieht *Ammon* auch in der aktuellen Lebensgruppe des Patienten. Psychosomatische Reaktionen treten auf, wenn der Patient das Gefühl der Zugehörigkeit verliert, verlassen wird oder die Gruppe verläßt, eine Situation, die jedoch vom Patienten immer wieder hergestellt wird, da er die Gruppe der verinnerlichten Objekte immer wieder erleben muß.

Das Buch *Ammons* beeindruckt nicht nur durch die umfassende theoretische Darstellung seiner analytischen Theorie psychosomatischer

Erkrankungen. *Ammon* stellt ausführlich die für die archaischen Ich-Krankheiten und besonders für die psychosomatische Reaktion indizierte analytische Gruppenpsychotherapie in ihren theoretischen und praktischen Aspekten dar. Die therapeutische Gruppe ist von allen Therapieformen der Ort, an dem eine nachholende Ich- und Identitätsentwicklung stattfinden kann. Denn eine flexible Gruppengrenze dient dem Patienten als Vorbild für die eigene gelingende Abgrenzung; die Gruppe stellt ihm eine Vielzahl von Übertragungs- und Identifikationsobjekten zur Verfügung. Dadurch kann die Gruppe für den Ich-kranken Patienten in der Übertragung die böse Mutter und als nachholende, wiedergutmachende Erfahrung eine gute Mutter repräsentieren, die tiefe Ambivalenz des Patienten wird erlebbar und ist der Bearbeitung zugänglich. Der Therapeut als eine zentrale Figur muß daher die Identität und die Grenzen der Gruppe gewährleisten und besonders die regelmäßig auftretende destruktive Aggression auf sich ziehen und einer verbalen Bearbeitung zugänglich machen können. Die Abgrenzung des Patienten von der Gruppe wird nach neugewonnener Identität schließlich eine schuldfreie Trennung ermöglichen. *Ammon* drückt den Identitätsaspekt der psychosomatischen Reaktion in der Frage des Patienten an den Arzt aus: „Was habe ich?“, die eigentlich meint, „Wer bin ich, wer darf ich sein?“ Die Beantwortung dieser Frage durch den therapeutischen Prozeß in der Gruppe macht das Symptomverhalten des psychosomatischen Kranken überflüssig, der die Pseudo-Identität des körperlich Kranken durch eine neue, im eigenen Recht erworbene ersetzen kann.

In einem sehr umfangreichen Teil des Buches verifiziert *Ammon* die dargestellte Theorie anhand von 11 eindrucksvollen Falldarstellungen. Der Leser gewinnt hier nicht nur einen Einblick in die vielfältige, neben den psychosomatischen Symptomen bestehende, psychopathologische Symptomatik, sondern erfährt in außerordentlich detaillierten psychodynamischen und gruppenspezifischen Schilderungen ihren jeweiligen Stellenwert im Rahmen der Familien- und in der Wiederholung in der therapeutischen Gruppe.

Der Wert dieser bedeutenden, umfassenden Darstellung der psychoanalytischen Psychosomatik durch *Ammon* wird noch erhöht durch ein praktisch vollständiges Literaturverzeichnis, einen Sachindex und ein Glossar psychoanalytischer und klinischer Termini, die das Buch auch dem Nicht-Analytiker nahebringt.

Ammons Buch ist als wichtigste analytische Neuerscheinung dem therapeutisch Tätigen wie auch allen Ärzten, die in immer steigendem Maße mit psychosomatischen Problemen konfrontiert sind, dringend zu empfehlen.

Mathias Hirsch (München)

Nachrichten

Sowjetische Wissenschaft wendet sich dem Studium des Unbewußten zu

Die Akademie der Wissenschaften der Georgischen Sowjetrepublik in Zusammenarbeit mit der Akademie der Medizinischen Wissenschaften der UdSSR in Moskau hat führende westliche psychoanalytische Wissenschaftler eingeladen zu einem Symposium über „Natur, Funktionen und Methoden der Erforschung des Unbewußten“. Der Kongreß findet Ende 1975 in Tiflis/Georgien statt.

Vorgesehen ist u. a. eine Diskussion über die derzeit führenden Schulen der Psychoanalyse, die die *Freudsche* Theorie des Unbewußten weiterentwickelt haben: *C. G. Jung, A. Adler*, die amerikanischen Neo-Freudianer (*Erich Fromm, Karen Horney u. a.*), *Alexander Mitscherlich, Günter Ammon, Jaques Lacan, Melanie Klein, Marie Langer* etc.

Günter Ammon wurde eingeladen, ein Hauptreferat zum Thema „Psychodynamik des Unbewußten bei psychosomatischen Erkrankungen“ zu halten.

3. Theoriewochenende der DGG, Fachbereich Gruppendynamik

Vom 21. 3. bis zum 23. 3. 1975 fand im Düsseldorfer Lehr- und Forschungsinstitut das 3. Theoriewochenende der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft, Fachbereich Gruppendynamik, statt. Die Gesamtleitung des Wochenendes hatte Dipl.-Psych. *Ursula Keller*, verantwortlich für die Planung und Organisation waren Dipl.-Psych. *Kurt Husemann* und Dipl.-Psych. *Wolfgang Rock*. Das Wochenende stand unter dem Thema „Techniken der analytischen Gruppendynamik“ und schloß damit direkt an die Themenkreise der ersten beiden Theoriewochenenden an: „Theorie und Praxis der analytischen Gruppendynamik“, (Berlin) 1973, „Die Bedeutung psychoanalytischer Kategorien für die Gruppendynamik“, 1974 (München).

Die ständig wachsende Bedeutung der Arbeit des Fachbereichs Gruppendynamik fand ihren Niederschlag in der hohen Teilnehmerzahl von 70 Gruppendynamikern und Kandidaten der gruppenspezifischen Ausbildung aller vier Institute in Berlin, München, Düsseldorf und Frankfurt, womit sich die Teilnehmerzahl gegenüber den ersten beiden Theoriewochenenden fast verdoppelt hat.

In seiner Organisation hatte das Wochenende den Charakter eines arbeitsintensiven Workshops, der Vortrag der drei Haupt- und fünf Kurzreferate wechselte mit der Bearbeitung in fünf Diskussionsgruppen ab. Die Themen der Referate spiegeln die Vielfalt der Möglichkeiten

analytischer Gruppendynamik wider und reichten von einer überwiegend theoretischen Arbeit von *Manfred Link* (Düsseldorf), „Ich-Psychologie und analytische Gruppendynamik“, über Arbeiten, die sich mit T-Gruppen und Gruppen, die ähnlich strukturiert sind, beschäftigten (Dipl.-Psych. *Ingrid Diesinger*, Düsseldorf; Dr. med. *Fritjof Winkelmann*, München; *Gislinde Bass*, München; Dipl.-Psych. *Edouard Marry*, Berlin; *Rosemarie Fleck*, Berlin) bis hin zum Einsatz von Techniken der analytischen Gruppendynamik in der Ausbildung von Erziehern (*Miria Heinonen*, *Barbara Rüster*, *Rita Munder*, alle Berlin) und der Arbeit mit Heimerziehern und Jugendlichen (Dipl.-Psych. *Gerhard Liebetrau*, Düsseldorf).

Ein wichtiges Ereignis an diesem Wochenende war die parallel stattfindende Eröffnung der ersten Ausstellung der „Galerie LFI“ des Düsseldorfer Lehr- und Forschungsinstitutes der DAP. Dipl.-Psych. *Elke Regehr* stellte Portraits, Stilleben, Landschaften und Graphiken im Institut aus. Dr. med. *Regine Schneider* sprach über die Bedeutung der Galerie in den Räumen des Instituts und stellte *Elke Regehr* den geladenen Gästen und Gruppendynamikern vor.

Von den Teilnehmern dieses intensiven Wochenendes wurde die Gastfreundschaft der Düsseldorfer und die freundlich-permissive Arbeitsatmosphäre des Düsseldorfer Institutes herausgestellt.

Diesem Heft liegt ein Prospekt des Fischer-Taschenbuch-Verlages, Frankfurt, bei, sowie eine Umfragekarte an unsere Leser. Wir würden uns freuen, zahlreiche ausgefüllte Karten zurückzuerhalten.

*3. Tagung der Internationalen
Studiengemeinschaft für Pränatale Psychologie (ISPP)*

*vom 25.—28. September 1975 auf Schloß Weidenkam
8194 Ambach b. München*

„Aspekte und Praxis der Pränatalen Psychologie und Psychotherapie“

Vorläufiges Programm

Donnerstag, 25. 9. 1975

19.00—20.00 Uhr Registration

ab 20.00 Uhr Geselliges Treffen im Schloß Weidenkam

Freitag, 26. 9. 1975

Vorsitz: G. H. Graber (Bern)

Regine Schneider (Düsseldorf)

F. Kruse (Wiesbaden)

9.00 Uhr

ERÖFFNUNG UND BEGRÜSSUNG

Dr. phil. G. H. Graber (Bern), Präsident der Internationalen Studiengemeinschaft für pränatale Psychologie (ISPP)

Vertreter der Bayerischen Landesregierung

Prof. Dr. I. A. Caruso aus Österreich, Vizepräsident der ISPP, vom Psychologischen Institut der Univ. Salzburg, Gründer und langjähriger Leiter der Internationalen Arbeitskreise für Tiefenpsychologie

Dr. med. G. Ammon aus Deutschland, Präsident der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) und der DGPM

Prof. Dr. S. Schindler aus Österreich vom Psychologischen Institut der Univ. Salzburg als dortiger Lehrbeauftragter für peri- und pränatale Psychologie

Prof. Dr. med. Conte G. Foresti aus Italien, Direktor des Biopsychologischen Instituts der Univ. Padua

Dr. phil. W. Haesler aus der Schweiz, Psychologe in Zürich

Prof. Dr. I. Milakovic aus Jugoslawien, Direktor der Psychiatrischen Klinik in Sarajewo, Primarius der Neuropsychiatrie der Univ. Sarajewo

Dr. med. M. Lietaerd Peerbolte aus den Niederlanden,
Psychiater und Psychotherapeut in 's Gravenhage

- 10.15 Uhr 1. HAUPTREFERAT: S. Schindler (Salzburg)
Die Bedeutung der pränatalen Psychologie für die
Entwicklungspsychologie
- 11.00 Uhr DISKUSSION
- 11.30 Uhr KURZREFERATE
W. Simon (München): Die pränatale Mutter-Kindbezie-
hung und ihre Auswirkung auf das postnatale Leben
G. Hildebrandt (Jengum) Gedanken und Beobachtungen
zur Empirie und Theorie pränataler psychischer Strukturen
- 12.30 Uhr DISKUSSION DER KURZREFERATE
- 13.00 Uhr MITTAGSPAUSE

Vorsitz: I. A. Caruso (Salzburg)
J. Pohl (München)

- 15.00 Uhr 2. HAUPTREFERAT: G. Ammon (Berlin)
Pränatale Psychologie und Psychosomatik
- 15.45 Uhr DISKUSSION
- 16.15 Uhr 3. HAUPTREFERAT: S. Blarer (Bern)
Das Problem des Agierens in der pränatalen
Psychotherapie
- 17.00 Uhr DISKUSSION
- 17.30 Uhr KURZREFERATE
G. Foresti (Padua): Mütterliche Angst und Zustände der
kindlichen Übererregbarkeit
Ursula Keller (Düsseldorf) Pränatale Phantasien im
Kindesalter
M. L. Peerbolte ('s Gravenhage): Das Zwillingsmotiv in
der pränatalen Psychodynamik
- 18.30 Uhr DISKUSSION DER KURZREFERATE
- 20.30 Uhr VORSTANDSSITZUNG der ISPP

Samstag, 27. 9. 1975

Vorsitz: G. Ammon (Berlin)
S. Blarer (Bern)

- 9.00 Uhr 4. HAUPTREFERAT: I. A. Caruso (Salzburg)
Zum Problem der Vaterrolle
- 9.45 Uhr DISKUSSION
- 10.15 Uhr 5. HAUPTREFERAT: J. Pohl (München)
Der Prozeß der Wiedergeburt in der Gruppen-
psychotherapie
- 11.00 Uhr DISKUSSION
- 11.30 Uhr KURZREFERATE
M. Hirsch (München): Pränatale Aspekte der analytischen
Gruppenpsychotherapie
I. Milakovic (Sarajewo): Das basimetrische Wesen der
Geburtssituation
Dieta Biebel (München): Das defizitäre Ich und die
Schwangerschaft
- 12.30 Uhr DISKUSSION DER KURZREFERATE
- 13.00 Uhr MITTAGSPAUSE

Vorsitz: W. Haesler (Zürich)
Ursula Keller (Düsseldorf)

- 15.00 Uhr 6. HAUPTREFERAT: F. Kruse (Wiesbaden)
Raum- und Platzangst als geburtstraumatische Neurosen
- 15.45 Uhr DISKUSSION
- 16.45 Uhr 7. HAUPTREFERAT: Astrid Knebel (Baden-Baden)
Das pränatale Unbewußte und das Geburtstrauma in der
Analyse eines Zwillinges
- 17.00 Uhr DISKUSSION
- 17.30 Uhr KURZREFERATE:
Regine Schneider (Düsseldorf): Die Bedeutung von präna-
talen Wünschen für den analytischen Prozeß der kombi-
nierten Mutter-Kindtherapie

D.v. Kries (Frankfurt): Die Bedeutung pränataler Phantasien in der Initial- und Terminationsphase analytischer Gruppen

- 18.15 Uhr DISKUSSION DER KURZREFERATE
 20.30 Uhr FESTLICHER EMPFANG im Schloß Weidenkam

Sonntag, 28. 9. 1975

Vorsitz: S. Schindler (Salzburg)
 Astrid Knebel (Baden-Baden)

- 9.00 Uhr 8. HAUPTREFERAT: Blanche Olschak (Zürich)
 Das Phänomen der prä- und postnatalen Seele nach tantrischen Texten
- 9.45 Uhr DISKUSSION
- 10.15 Uhr 9. HAUPTREFERAT: W. Haesler (Zürich)
 Archetypen und pränatale Psychologie
- 11.00 Uhr DISKUSSION
- 11.30 Uhr MITGLIEDERVERSAMMLUNG der ISPP

Tagungsbeiträge

zahlbar bis 31. 8. 1975 auf das Konto der ISPP: Schweizerische Bankgesellschaft CH-3001 Bern,
 Depositenkto: Nr. 729 646 LIN

Tagungsbeitrag : SFr. 180,—
 Tageskarte : SFr. 50,—
 Hauptreferenten: beitragsfrei