

Dynamische *Dynamic* Psychiatrie *Psychiatry*

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse
Herausgegeben von Günter Ammon

PSYCHOANALYTISCHE AUSBILDUNG III

Harald Knudsen

Die Ich-Identität und das Unbewußte –
Weiterentwicklungen der psychoanalytischen Theorie in der
Ich-Psychologie Günter Ammons

Philip S. Holzman

The Future of Psychoanalysis and its Institutes

Christine Bott

Überlegungen zum Problem von Theorie und Praxis in der
Psychoanalyse
Eine Replik an Philip S. Holzman

Gisela Ammon

Die Bedeutung der Arbeit mit Kindern für die
psychoanalytische Ausbildung

9. Jahrgang

3. Heft 1976

PINEL-PUBLIKATIONEN BERLIN

38

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)

Herausgegeben von Günter Ammon
unter Mitarbeit von

F. Antonelli, Roma — D. Anzieu, Paris — S. A. Appelbaum, Topeka — C. Bahnson, Philadelphia — R. Barnes, Phoenix — L. Bellak, New York — G. R. Bloch, Los Angeles — Th. — Dosuzkov, Praha — R. Ekstein, Los Angeles — A. A. Fischer, Maastrecht — 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 — D. G. Hertz, Jerusalem — G. Hidas, Budapest — P. S. Holzmann, Chicago — H. Illing, Los Angeles — I. Jakob, Belmont — H. W. Janz, Hannover — U. Keller, Düsseldorf — M. Khan, London — E. Linnemann, Kobenhavn — G. Murphy, Washington — S. Nacht, Paris — K. Okonogi, Tokio — J. Pohl, München — E. Ringel, Wien — 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, Gütersloh — W. Z. Winnik, Jerusalem — E. D. Wittkower, Montreal.

	Seite
<i>Harald Knudsen</i> (Berlin)	163
Die Ich-Identität und das Unbewußte — Weiterentwicklungen der psychoanalytischen Theorie in der Ich-Psychologie Günter Ammons	
Ego-Identity and the Unconscious — Further Developments in Psychoanalytical Theory Within Günter Ammon's Ego-Psychology	
<i>Philip S. Holzman</i> (Chicago)	177
The Future of Psychoanalysis and its Institutes Die Zukunft der Psychoanalyse und ihrer Institute	
<i>Christine Bott</i> (München)	196
Überlegungen zum Problem von Theorie und Praxis in der Psychoanalyse — Eine Replik an Philip S. Holzman	
Considerations about Problems of Theory and Practice in Psychoanalysis — A Reply to Philip S. Holzman	
<i>Gisela Ammon</i> (Berlin)	202
Die Bedeutung der Arbeit mit Kindern für die psychoanalytische Ausbildung The Relevance of Work with Children in Psychoanalytic Training	
Buchbesprechungen	216
VIII. Internationales Symposium der DAP	228

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



S. H. Foulkes 1899—1976

Mit Erschütterung mußten wir Kenntnis nehmen von dem unerwarteten, plötzlichen Tod von Dr. S. H. Foulkes am Donnerstag, dem 8. Juli 1976, in London. Die gruppenanalytische Psychotherapie hat in ihm einen ihrer maßgeblichen Pioniere verloren. Wir werden sein Andenken als Mensch und Wissenschaftler stets in hohen Ehren halten und danken ihm für die langjährige, unverbrüchliche Unterstützung und Mitarbeit bei unserer Arbeit. Er war Mitglied unseres internationalen wissenschaftlichen Beirats und seit Anbeginn ständiger Mitarbeiter unserer Zeitschrift seit nunmehr neun Jahren.

Wir vereinen uns mit den Trauernden in aller Welt um den großen alten Gentleman der analytischen Gruppenpsychotherapie.

Günter Ammon

Psychotherapeutische Prozesse mit Jugendlichen – Betrachtungen der Ich-Struktur, der Gruppendynamik und der Identitätsentwicklung im Rahmen der Dyna- mischen Psychiatrie*

Günter Ammon

Der Autor untersucht im folgenden Probleme der spezifischen Reifungssituation jugendlicher Patienten, deren Analysen er neben der Berücksichtigung entwicklungspsychologischer und soziologischer Faktoren die von ihm entwickelte Konzeption der Ich- und Gruppenidentität zu Grunde legt. Die sich in der Regel diffus und in rasch wechselnden Symptomen darstellende Krankheitsphänomenologie von Patienten im Adoleszenzalter muß zunächst in einem allgemeineren Sinne auf die soziale und psychogenetische Grenzstellung des Jugendlichen zurückgeführt werden, in der er sich lebensgeschichtlich befindet; insofern drängt sich auf den ersten Blick die Vermutung auf, als seien diese Patienten in besonderem Maße für eine Pathologie im Rahmen der Borderline-Syndrome disponiert. Ammons Ich-psychologischer Ansatz zum Verständnis der Borderline-Erkrankungen geht aber nicht von einem generellen Begriff der reifungsbiologischen oder soziodynamischen Übergangssituation des Jugendlichen aus, auch nicht von speziellen psychopathologischen Mischungsverhältnissen psychotischer und neurotischer Anteile im Sinne der klassischen Psychoanalyse, sondern von der Ich-strukturellen Theorie der Identität des Ichs als einer zentralen Ich-Funktion. Erst von der Ich- und Identitätsstruktur des Jugendlichen her läßt sich die faktorielle Bedeutung körperlicher und genetischer Vorgänge sowohl bei gesunden wie bei psychisch erkrankten Jugendlichen abschätzen und daher für Prophylaxe und Therapie wirksam handhaben. Die Struktur des Ichs ist aber von den ersten interpersonellen Erfahrungen abhängig, welchen das Kind im Medium der primären Familiengruppe in den frühesten Lebensjahren ausgesetzt ist. Eine mißlungene Symbiose mit der Mutter, die dem Kind weder Zuwendung noch Abgrenzung zu geben in der Lage war, geht als bleibende Ich-strukturelle und verinnerlichte gruppendynamische Konstellation in das Identitätsbild des heranwachsenden Kindes ein; die unglücklich verlaufende symbiotische Kommunikation mit der Mutter erweist sich im Zuge der späteren Entwicklungsschritte als die Ich-defizitäre Psychodynamik von Kräften destruktiver Aggression, welche Symptomatologie und Krankheitsbild der archaischen Ich-Krankheiten hervorrufen. Zu ihnen rechnet Ammon gerade auch die Borderline-Syndrome mit ihren zuweilen abrupt alternierenden Phänomenen. Ammon kommt es darauf an, daß trotz der den Diagnostiker häufig irreführenden Wechselhaftigkeit der pathologischen Manifestationen, diese auf das integrierte Konzept der Borderline-Syndrome als einheitliches Krankheitsbild zurückzuführen sind. Die primär gestörte Ich-Struktur reproduziert sich hierbei unter dem Deckmantel und in der Psychodynamik psychogenetisch später liegender Konflikte, die daher sehr oft das archaische Trauma, dessen Funktion sie sind, nur in larvierter Form sich darstellen lassen. Im Blick auf derartig organisierte Entstehungsbedingungen einer mehrfach gestörten Ich-Struktur wird es verständlich, daß Ammon trotz der äußerlich diffundierenden symptomatischen Erscheinungen den Borderline-Patienten von

* Vorgetragen auf dem Xth International Congress of Psychotherapy am 9. Juli 1976, Paris

einem in sich geschlossenen Krankheitsbild her begreifen kann; erst in dem theoretischen Zusammenhang der Struktur der Ich-Identität als ganzer wird Ammons Begriff der Borderline-Krankheiten einsichtig. Außerdem gewinnt man auch von hier aus erst die metapsychologischen Möglichkeiten, Entwicklungsstadien dynamisch aufeinander zu beziehen, ohne sich von der Symptomvielfalt und dem Fassadären Agieren des Patienten in diagnostische und therapeutische Unsicherheiten ziehen lassen zu müssen. Im Hinblick auf die Psychopathologie jugendlicher Patienten ist damit ein Instrumentarium geschaffen, was nicht allein das Borderline-Syndrom und dessen Substrukturen von der allgemeinen Labilität des Adoleszierenden abzugrenzen ermöglicht, sondern vor allem den Analytiker in die Lage versetzt, dem Patienten im Sinne einer Ich-strukturellen Psychotherapie eine eigene nachholende Reifungssituation zur Verfügung zu stellen; an dieser Stelle entfaltet der Autor auf der Grundlage der Theorie der Borderline-Ich-Zustände ein breites Feld psychotherapeutischer Anordnungen, deren Effizienz er in langjährigen Erfahrungen erforscht hat. Im Zentrum aller therapeutischen Bemühungen steht das Verständnis einer direkten, Ich-strukturell verfahrenenden, wiedergutmachenden Psychotherapie, welche der verinnerlichten destruktiven Gruppendynamik des jugendlichen Borderline-Patienten die verlässliche Identität des Analytikers und der therapeutischen Gruppe als neue Ich-Strukturen entgegenstellt.

Der Jugendliche steht in psychologischer und soziologischer Hinsicht in einer spezifischen Reifungs- und Entwicklungssituation. Daher zeigt auch die Entstehung seelischer Erkrankungen in diesem Alter, was das klinische Bild ihrer Phänomenologie betrifft, einen Charakter, der sich von dem in anderen Lebensphasen deutlich unterscheidet. Allgemein läßt sich der zentrale Punkt der Adoleszenzproblematik als das Ringen um die eigene Identität begreifen; hierauf müssen die Analyse der Psychopathologie des Jugendlichen und die entsprechenden psychoanalytischen Behandlungstechniken stets bezogen sein.

Die folgenden Überlegungen werden sich daher gemäß dieser Fragestellung sowohl mit der besonderen Identitäts- bzw. Ich-Struktur adoleszierender Patienten, wie mit den jeweils notwendigen psychotherapeutischen Interventionen zu beschäftigen haben. Zwischen der Ebene Ich-struktureller Analyse und den Techniken der Therapie bestehen enge Beziehungen; Begriff und Sache der Ich-Identität lassen sich niemals auf die Vorstellung einer statischen Gegebenheit reduzieren, sondern müssen nach meinem Verständnis von vornherein als dynamische Kategorie im Sinne einer zentralen Ich-Funktion angesehen werden. Diese Ich-Funktion der Ich-Identität ist eng mit den Reifungsschritten der primären, autonomen Ich-Entwicklung im Rahmen der den Adoleszierenden umgebenden Gruppe und ihrer Psychodynamik verbunden. An dieser Stelle konnte ich immer wieder beobachten, daß vom Ich- und Identitätsproblem des einzelnen Jugendlichen aus auch ein Licht auf die Struktur der anderen zentralen Ich-Funktionen wie z. B. der stabilen und flexiblen

Ich-Grenzen nach innen und nach außen, der konstruktiven Aggression, der Kreativität, der Ich-Regulation wie der Frustrationsregulation fällt; in diesem Zusammenhang sind auch die Selbstwert- und Ich-Gefühle zu erwähnen, die einem gesunden und die Integration des Ichs gewährleistenden Narzißmus entsprechen (*Gisela Ammon*, 1971; *Günter Ammon*, 1972 b, 1973 b). Wie meine Forschungen zur Ich- und Identitätsentwicklung ergeben haben (*Ammon*, 1971 a; 1971 b; 1972 b), können aber diese Ich-Bildungsprozesse im Rahmen ihrer archaischen Stadien während der präödi-pal-symbiotischen Kommunikation zwischen der Mutter, ihrem Kind und der für beide bedeutsamen Primärgruppe strukturell gestört werden. Die Mutter teilt in der Interaktion mit ihrem Kind, in den Formen unbewußter Übertragung, eigene Kommunikations- und Identitätsdefizite mit, die als pathologische Manifestationen sich im Identitätsbild des Kindes niederschlagen. Es kommt dann, wie ich es immer wieder beschrieben habe, zu den Erscheinungen struktureller Ich-Rupturen, die bei dem Heranwachsenden für die archaischen Ich-Krankheiten verantwortlich sind, wozu ich in der Hauptsache die psychotischen Reaktionen und die Borderline-Phänomene rechne (*Ammon*, 1973 a); die letzteren liegen psychogenetisch auf einem gleitenden Spektrum zwischen den auf den frühkindlichen Symbiosekomplex zurückgehenden psychosenahen Zuständen und den entwicklungsgeschichtlich später anzusiedelnden neurotischen Konflikten. Die Borderline-Erkrankungen zeigen auf Grund dieser Zwischenstellung eine schillernde und phänomenologisch reich facettierte Symptomatologie; sie spiegeln tiefgreifende Identitätskonflikte, in die alle Bereiche der Persönlichkeit hineingezogen sind. Borderline-Zustände zeichnen sich dadurch aus, daß die archaische Identitätsdiffusion durch eine neurose-ähnliche Abwehrsymptomatik überdeckt wird; aus dieser Struktur rührt im wesentlichen das dem Analytiker sich anbietende und durch seine Symptomvielfalt zersplittert erscheinende Identitäts- und Persönlichkeitsbild des Borderline-Patienten. Das archaische Defizit, das primär gegebene und zentrale Ich-Funktionen in Mitleidenschaft zieht, wiederholt sich bei Borderline-Kranken in gleicher Weise auch in den anderen Dimensionen der Ich-Entwicklung, z. B. der Sexualtrieb- und Libidoorganisation, wie der Körper-Ich-Funktionen und ihrer Psychosomatik.

Jugendliche Patienten zeigen häufiger noch als zu *Freuds* Zeiten im Zuge des geschichtlichen Wandels, verschärft durch die altersspezifischen, ihrer biologischen, sozialen und geistigen Übergangssituation entsprechenden Identitäts- und Reifungskrisen (*Aichhorn*, 1957), deutliche Borderline-Strukturen in dem sich erst abklärenden Umkreis ihrer Persönlichkeit. Diese Bedingungen allgemeiner Verunsicherung und die durch

psychisches wie körperliches Wachstum herrührenden Phänomene der Identitätsdiffusion mögen die borderline-analoge Psychodynamik in den Adoleszenzjahren allgemein bestimmen, insofern könnte man, ohne schon an eine manifeste Psychopathologie zu denken, von einer borderline-ähnlichen Situation des Jugendlichen überhaupt sprechen, dessen gesellschaftliche und psychologische Grenzstellung zu einer erhöhten Labilisierung des libidinösen und Ich-funktionellen Gleichgewichts seiner Ich-Identität disponiert (*Ekstein, 1973*). Doch wäre es irreführend, würde man die Psychodynamik des Adoleszierenden allgemein als eine solche beschreiben wollen, welche das Borderline-Syndrom bei strukturell Ich-kranken Patienten charakterisiert. Der Jugendliche ist nämlich nicht schon auf Grund seiner Adoleszenzproblematik ein Borderline-Fall, wohl aber zeigt auf der einen Seite seine Ich-Struktur wie sein Verhalten borderline-verwandte Züge, die seiner Kommunikation und seinen Selbstgefühlen einen rasch wechselnden Ausdruck verleihen können. Ob ein Jugendlicher aber in Wahrheit auch als eine Borderline-Persönlichkeit anzusprechen ist, hängt auf der anderen Seite nicht in erster Linie von der changierenden Phänomenologie einzelner Symptome oder von Verhaltensstörungen ab, welche passager bleiben können, sondern von einer bis in die frühe Kindheit hineinreichenden defizitär verlaufenden Ich-Entwicklung. Erst unter diesem psychogenetischen Aspekt einer mißlungenen und destruktiv in späteren Lebensphasen weitergeschleppten Symbiose, deren verinnerlichte Versagungen sich in bleibenden Defiziten in der Ich-Struktur verfestigt haben, wird es nach dem von mir vertretenen theoretischen Ansatz möglich, die Borderline-Dynamik in ihren verschiedenen Bezügen zu definieren. Bei jugendlichen Patienten mit einer unverkennbaren Borderline-Pathologie hat sich die narzißtische Ich-Verletzung auf Grund der in der frühen Mutter-Kind-Beziehung internalisierten destruktiven Kräfte mit Identitätsproblemen verbunden, die im Adoleszenzalter nicht ungewöhnlich sind. Es ist daher verständlich, daß diese Patienten in ihrer Entwicklung vor besonderen Schwierigkeiten stehen, die sie ohne sachgerechte psychoanalytische Hilfe kaum werden bewältigen können. Um diese Hilfe aber in Taktik und Strategie adäquater Behandlungstechniken leisten zu können, bedarf es einer genauen Kenntnis der Psychodynamik, die auf die spezifischen Formen der archaischen Gruppendynamik dieser Patienten in den Beziehungen zu den primären Bezugspersonen zurückzuführen sind. Die besonderen interpersonellen Bedingungen, die das Milieu der primären Gruppe ausmachen, die Erfahrungsfähigkeit und die Einstellungen der Mutter ihrem Kind gegenüber, gehen als konstitutive Bildungsfaktoren in die Ich- und Identitätsstruktur des sich entwickelnden Individuums ein (*Ammon,*

1969; 1970). Seine Identität umfaßt die psychogenetische und psychosoziale Dimension in allen Ich-strukturellen Bereichen der Persönlichkeit; hierzu gehört vor allem jene primär gegebene, zentrale Ich-Funktion der Ich-Regulation, auf Grund derer das Ich zwischen Innen und Außen, Traum und Realität, Ich und Nicht-Ich wie auch der einzelnen Ich-Zustände und den Momenten möglicher Triebkonflikte unterscheiden kann (Ammon, 1959). Sind diese Basisfunktionen der Identität gestört, kommt es erst im nachhinein in Form reaktiver Manifestationen zu den destruktiven Erscheinungen dieser Ich-Funktionen, bei denen ich in der Hauptsache an die destruktive Aggression und ihre pathologischen Realisierungen denke, welche im wesentlichen für die Psychodynamik der archaischen Ich-Krankheiten namhaft zu machen sind. Die destruktive Aggression als ein Element der frühkindlich erworbenen Ich-Schädigung zeigt sich in den Funktionsstörungen der Ich-Grenzen; nichtintegriertes unbewußtes Material vermag daher die nur rudimentär entwickelte Ich-Organisation zu überschwemmen. Diese Voraussetzungen bestimmen nicht allein die Disposition zu den passager psychotischen Reaktionen, sondern auch die chronifizierten Ich-strukturellen Defizite, die in den psychosomatischen Erkrankungen und dem vielfältig sich darbietenden Spektrum der Borderline-Syndrome zum Ausdruck kommen. Die Borderline-Symptomatik läßt sich entwicklungsgeschichtlich nicht auf eine bestimmte Phase fixieren; die Störungen der Ich-Entwicklung sind genetisch vielmehr an einer Vielzahl von Ich-Bildungsstadien festzumachen, die sich von der symbiotisch-präödpalen bis in die ödipale Zeit hinein erstrecken können. Die auf die verschiedenen Entwicklungsstufen zeitlich verteilten Störungen verdichten sich in der Psychopathologie zu Symptomen, verleugnen in ihrer Elementarstruktur jedoch nicht ihren heterogenen Charakter.

Die Borderline-Erkrankungen zeigen wegen ihrer multifaktoriell und mehrphasig angelegten Ätiologie daher reiche phänomenologische Differenzierungen. Auf Grund der stets präsenten Gefahr psychotischer Identitätsdiffusion entwickelt der Borderline-Patient häufig schwere Zwangssymptome, welche als Abwehr gegen die archaische Ich-Auflösung die gesamte Ich-Struktur bestimmen. Das archaische Ich-Defizit, das als zentrale Beschädigung in den psychophysischen Innovationen, in der Organisation der Ich-Funktionen, dem Sprach- und Umwelt-Verhalten wiederkehrt, führt wegen seiner desintegrierenden und vor allem interpersonell destruktiven Dynamik in vielen Fällen zu Überanpassungen an die äußere Realität, zu extremen Abspaltungsgefühlen oder zu ambivalenten Mischformen von Anpassungsverhalten und Integrationsunfähigkeit. Bei jugendlichen Patienten kann dieser Wechsel von Ich-Zu-

ständen besonders deutlich beobachtet werden, weil Anpassung, Zwang und Ich-Abspaltung wegen der psychosozialen Übergangssituation des Adoleszierenden sich noch in einer besonders wechsellvollen, symptomatischen Instabilität befinden. Haben sich z. B. die Zwangsstrukturen im Laufe der weiteren Entwicklung zunehmend gefestigt, so sind in Diagnose und Therapie die darunter liegenden Diffusionsmerkmale sehr viel schwerer aufzufinden und damit das gesamte Borderline-Syndrom weniger zugänglich.

In meiner psychoanalytischen Praxis habe ich Erfahrungen an über 1000 jugendlichen Patienten machen und meine Behandlungstechniken an dem Ich-strukturell und psychogenetisch vielfältig zusammengesetzten Krankheitsbild des Borderline-Syndroms angleichen und differenzieren können. Das grundsätzliche behandlungstechnische Problem liegt in dem schillernden, chamäleonhaften Alternieren von Symptomen, Persönlichkeits- bzw. Charakterfassaden und Manifestationsmöglichkeiten, die dazu verführen, von dem Ich-strukturellen Sitz der jeweiligen zentralen Ich-Abwehr auf eine Nebensymptomatik oder gar eine ganz und gar irreführende Psychopathologie abzulenken. Der Therapeut findet sich daher oft einer Situation gegenüber, in der er sich selbst durch Symptomagieren und die vom Patienten angebotenen Leidenstendenz (-äußerungen) überspielt und in der Behandlung auf eine falsche Spur gesetzt fühlt. Dies hängt oft mit dem enormen Ausmaß der Identitätszersplitterung des Patienten zusammen, der mit den vielen Ich-Fragmenten eine ebenso große Vielfältigkeit an Leidens- und Konfliktmöglichkeiten darbietet. Daher muß der Therapeut um die Psychodynamik des Borderline-Patienten genau wissen, selbst aber dem hiervon ausgehenden diffusen Sog eine klare therapeutische Linie und die verlässliche, nichtsdestotrotz flexible Konstanz eigener Identitätsbeweise entgegenstellen. Nur so kann er das in seinen Selbstwertgefühlen schwer gestörte Vertrauen des Patienten gewinnen und allmählich restituieren. Dies bedeutet gleichzeitig, daß er sich mit seiner ganzen Person dem Patienten als Übergangsobjekt zu dessen inneren und äußeren Realitäten anbietet, mit denen sich auseinanderzusetzen, in Abgrenzung und Identifikation mögliche Beziehungen abzuklären, was gerade dem jugendlichen Ich-Kranken so unerhört schwer fällt; insofern übernimmt der Psychotherapeut als Con-Ego des Patienten zunächst einen wichtigen Teil der Ich-Regulations-Funktion, die als zentrales Persönlichkeitspotential unter Herrschaft des archaischen Ich-Defizits schwer beeinträchtigt sein kann. Anders als in den klassischen, am Neurosenmodell noch orientierten psychoanalytischen Behandlungstechniken, bietet sich der Therapeut in der Hauptsache nicht als Projektionsschirm für Übertragungs- und Wider-

standsprozesse an, sondern ist selbst das ambivalent geliebte und partiell bedrohte Objekt, die einmal verworfene und das andere Mal symbiotisch festgehaltene Bezugsperson des Patienten, in der er unter der Kontrolle der psychoanalytischen Situation das wiedererlebt, was ihm selbst in der archaischen Intersubjektivität mit der Mutter widerfahren ist. Der Therapeut stellt deshalb den Gegenstand kannibalistischen Objekthungers mit seinen zerstörerischen Modalitäten dar wie aber auch denjenigen als Zielvorstellung einer symbiotisch-schützenden Verbindung. Nur in einer zwischen Distanz und Nähe regulierenden analytischen Situation, in welcher sich der Analytiker dem Patienten existentiell wahrnehmbar macht und als menschliches Gegenüber in Erscheinung tritt, sind die Voraussetzungen echter Hilfe gegeben (*Ammon*, 1959).

Es ist aus diesen Gründen einsichtig, daß an den Therapeuten und seine Behandlungstechnik besondere Aufgaben gestellt sind, die weit über das hinausgehen, was die klassische Zweiersituation anzubieten vermag. Das Engagement des Analytikers darf jedoch nicht dazu verleiten, für den Ich-schwachen Borderline-Patienten in konkretistischer Weise reale Lebensumstände mit Berufs-, Wohnungs- und Partnerproblemen zu organisieren; eine solche therapeutische Enthaltung ist aber keineswegs mit der unpersönlichen Distanziertheit des herkömmlichen Neurosenanalytikers zu verwechseln. Das Prinzip distanzierender und sich annähernder behandlungstechnischer und menschlicher Interventionen muß die Wiederherstellung instabiler Ich-Grenzen und desorganisierter Ich-Regulations-Funktionen sein, — eine Arbeit, welche die Flexibilität und Stabilität struktureller Identitätspotentiale des Ich-Kranken im Auge hat, nicht nur das wiederholende Durcharbeiten einer Übertragungsneurose; letzteres kann vom Borderline-Patienten nur zu leicht als abwehrende Symptomfassade und als skandalisierende Schauspielerei benutzt werden. Es kommt daher alles darauf an, in der therapeutischen Situation die Ich-Struktur des Patienten zu bearbeiten und somit beispielsweise eine Neurose als ein von ihm unbewußt agiertes Täuschungsmanöver analytisch kenntlich zu machen, das seinen funktionellen Sinn in der Abwehr archaischer Identitätsängste hat. Zu derartigen Abwehrformen des Borderline-Kranken können aber auch positiv sich darbietende Phänomene gehören, wie z. B. die Überkompensation von Ich-Funktionen und Persönlichkeitsmerkmalen, die besondere soziale Anerkennung genießen. Symptomabwehr und Überkompensation stehen in jedem Fall unter den Bedingungen einer tiefgreifenden Identitätszersplitterung, die in der Therapie nach Möglichkeiten ihrer restituierenden Einigung im Sinne der Identitätsintegration verlangen.

Dieses Splitting in der Identitätsstruktur und den Weisen des Acting-out erachte ich als einen der grundlegenden Abwehrmechanismen bei Borderline-Erkrankungen im Jugendalter. Ich halte daher die psychoanalytische Gruppentherapie als die für diese Ich-Krankheiten optimal geeignete Therapieform, — dies wiederum aus Ich-strukturellen Gründen. Die Aufsplitterung der Identität in ihren malignen strukturellen Ausdrucksformen findet in der Vielpersonensituation der Gruppe eine benigne Entsprechung, in welcher die vielen diffusen Ich-Anteile des Patienten multiple Projektionsmöglichkeiten finden, jedoch durch die im therapeutischen Prozeß sich konsolidierende Gruppenidentität wieder auf die einigenden und geschlossen erlebten Grenzen der jeweiligen Gruppe bezogen werden können.

In der Gruppenpsychotherapie mit Jugendlichen fällt ein oft überraschender Symptomwandel in Affektivität und Verhalten auf; im Gegensatz zum erwachsenen Patienten, bei dem die Borderline-Struktur bereits rigidere und zur Irreversibilität neigende Formen angenommen hat. Für den Borderline-Kranken in der Adoleszenz ist wegen der Vielschichtigkeit seiner Pathologie hohe Flexibilität des therapeutischen Settings erforderlich: ich denke hier vor allem an die Arbeit mit Co-Therapeuten, Kombinationen zwischen Einzel- und Gruppenpsychotherapie, an die psychoanalytische Milieuthérapie wie an Behandlungsformen im Rahmen einer Gruppe von Therapeuten. Bei jugendlichen Patienten, deren Ich nur partikular diffundiert, werden die gesunden Ich-Anteile von der Therapie unterstützt, erweitert und in ihrer Gesamtheit dazu eingesetzt, die defizitären Ich-Bereiche einzugrenzen und dem Ich an ihre Stelle konstruktive Potentiale einzugliedern. Auf den z. T. irrationalen Wandel der Borderline-Symptomatik reagiert die Therapie mit aufeinander abgestimmten Modifizierungen im Behandlungsprogramm.

Bei der Organisation einer so differenziert verfahrenen Behandlung sind allgemein folgende Punkte unabdingbar:

1. Es ist von entscheidender Bedeutung, den Kontakt, das Vertrauen und damit einen gangbaren Weg der Kommunikation mit dem Patienten zu finden; dies ist auch von entscheidendem prognostischem Wert für den weiteren Verlauf der Therapie.

2. Während der Hauptphase der Therapie, in der sich Übertragungs- und Widerstandsmanifestationen entwickeln, bedarf es des Angebotes von Identifikationsmöglichkeiten unter negativen und positiven Aspekten; es kommt darauf an, dem Patienten Identifikationsobjekte und eine gewisse, von Empathie getragene Aktivität des Therapeuten zur Verfügung zu stellen.

3. Die Terminationsphase sollte dadurch gekennzeichnet sein, daß die eigene Identität des Patienten am Ende der Behandlung steht, während die transitorischen Identifikationsprozesse mit dem Therapeuten im Abnehmen begriffen sind. In dieser Zeit müssen die wieder auflebenden Trennungs- und Identitätsängste sowie die sie begleitende narzißtische Wut durchgearbeitet werden.

4. Während aller Verlaufsphasen der Therapie darf sich der Analytiker nicht vom jugendlichen Patienten provozieren und zum Mitagieren im Sinne seiner selbstzerstörerischen Bedürfnisse verführen lassen. Er vermag aber nur dann erfolgreich zu arbeiten, wenn er eine genuin empfundene Achtung dem Patienten entgegenbringt, den als Persönlichkeit in eigenem Recht er zu behandeln unternimmt.

5. Die gesamte Behandlung steht unter dem Prinzip einer dynamischen Konvergenz von Ich- und Gruppenstruktur; dazu gehören die Glieder der sozialen Gruppe wie aber auch jene der verinnerlichten und psychodynamisch virulenten Objekte; diese zu analysieren nimmt einen zentralen Stellenwert in der Therapie jugendlicher Borderline-Patienten ein.

6. Der therapeutische Prozeß ist als interpersonelles Geschehen zwischen Analytiker und Patient jenes regulative Medium, in dem für den Ich-Kranken die Realitätsprüfung, die gelingende Unterscheidung der inneren von der äußeren Welt geleistet werden kann. Man muß sich deshalb vor Augen halten, daß die therapeutische Interaktion lebenswichtige Funktionen für den Patienten aufbauen hilft, die aus ihm wieder einen integrierten und lebendigen Menschen macht.

Für die Erforschung des Borderline-Syndroms im Adoleszenzalter sind die Möglichkeiten klinischer Direktbeobachtungen von Familien, Eltern- und Kindergruppen konstitutiv, insofern sie sich über längere, Entwicklungszusammenhänge einbegreifende Zeiträume erstrecken. So werden z. B. durch die kontinuierliche Arbeit im Psychoanalytischen Kindergarten, der mit dem Berliner Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse kooperiert, vielfältig Supervisionsmöglichkeiten geschaffen, die im Hinblick auf die Gruppendynamik von Eltern und Kindern eine empirisch belegbare Transparenz für die Genese der Borderline-Ich-Krankheiten vermitteln (*Gisela Ammon, 1973*). In diesem Arbeitsfeld der Direktbeobachtung und der gruppendynamischen Analyse in ambulanter Einzel- und Gruppentherapie, der psychoanalytischen Milieuthherapie und der psychiatrischen Praxis im Sinne des Verständnisses einer Klinik als therapeutisches Milieu wird deutlich, daß die theoretische Aufarbeitung und Behandlung der Probleme jugendlicher Borderline-Patienten nur im Rahmen kombinierter psychogenetischer

und Ich-struktureller Feldstudien zu leisten ist. Eine in dieser Weise dynamisch angelegte Erforschung und Behandlung schwer Ich-kranker Patienten steht mit ihren psychoanalytischen und Ich-psychologischen Grundlagen im Kontext der Dynamischen Psychiatrie, welche breite Bereiche der Lebenssituation dieser Borderline-Kranken zu umfassen in der Lage ist. Daher, so meinen wir, kann auch nur diese mit der Psychoanalyse und der Ich-Psychologie zusammengehende Form der Psychiatrie den überaus komplizierten Persönlichkeitsproblemen bei Borderline-Fällen wirksam begegnen.

The Psychotherapeutic Process of Adolescents — Consideration of Ego and Group Dynamics and Emergence of Identity within the Framework of Dynamic Psychiatry

Günter Ammon

The psychological as well as the sociological situation is a special one in adolescence. Therefore, the emergence of pathology is in a way different from the clinical picture during other stages of life. The central score of adolescence problems is understood as a struggle for identity.

The score of the paper deals with identity as a central ego-function closely connected with the autonomous ego-development within the surrounding group and its dynamics. These dynamics can be supporting destructiveness towards ego-development. Identity problems are closely connected with other central ego-functions such as ego-boundaries, constructive versus destructive aggression, and creativity, and frustration regulation (adaption). Self-esteem together with ego-feelings and narcissism with its healthy and pathological aspects are understood also as central ego-functions. This is of decisive influence for the disturbance and treatment process of adolescence.

In the paper the point is stressed that ego-functions should be understood with their roots and forceful dynamics in the unconscious of men. The main concern in the therapeutic process of adolescents and their identity problems are the central ego-functions (primary biologically determined ego-functions and the more socially determined general and practical ego-functions) as described by the *Bellak*-scale. Of particular interest is the relation to sexual identity with its instinctual and social components in a changing society, where sexual roles are less rigidly defined.

The paper discusses further the biological phase of adolescence but also the psychological phase of adolescence more often be found in personality structures in later life. Attention is given to the symptoms of a so-called borderline-structure with predominant features of identity diffusions within the score of central ego-functions, while the general and practical ego-functions are mainly intact.

The paper is based upon the experience of nearly 1000 adolescent patients treated with psychoanalytic grouptherapy, individual psychoanalysis, milieu type of psychotherapy, and combination of these methods.

Group psychotherapy was experienced as an almost special indication of the treatment of adolescents. No methods of psychotherapy are without serious difficulties and problems to be overcome. This is the case, however, in a pronounced extent of psychotherapy with adolescents. It is described the work with co-therapists, a combination between group and individual psychotherapy, milieu psychotherapy, and if needed, the change of psychotherapists. According to the *Bellak*-scale of ego-functions the treatment of adolescent patients where not only identity diffusion takes place, the general ego-functions can be taken over also by a whole group of therapists.

There is stressed the point of a certain similarity with the treatment of adult borderline-patients but also the decisive differences.

The difference is particularly described by the means that adolescent patients are generally not presenting the rigidity of borderline-structure as to be seen in adults in later life. The flamboyant and often surprising change of symptoms and behavior and impulsiveness of adolescent patients is described as a part of their therapeutic process. This makes it sometimes necessary even to change the treatment program: sometimes from group therapy to individual therapy and vice-versa. As a most important factor during the psychotherapeutic process are seen the following phases:

1. To gain contact and confidence and a way of communication with the patient. This is decisive for the prognostic evaluation.
2. During the main phase of therapy where transference processes and resistance (later often supported by family or peer groups) emerge to observe identificational processes with positive and negative aspects, to offer reliable identificational objects by a certain activity of the therapist.
3. The terminational phase is the period where own identity should emerge with successful treatment and where the transitory identificatio-

nal processes also with the therapist are diminishing. During this period termination anxiety together with identity anxiety and narcissistic protests against it take place.

4. During all these periods of the psychotherapeutic process it is of great importance for the outcome of the therapy that the therapist does not feel provoked by the juvenile patients and their self-destructive needs. On the other hand he can only succeed when he offers a genuine and stable human respect towards the person he treats perceiving him as a person in his own right.

5. The whole treatment should be aware also of the patient as a member of a social group, as well as a member of a group of inner objects. To analyze this type of reality is of particular importance with adolescents.

6. Always during the treatment process the function of inner and outer reality (reality testing) has to be kept in mind.

Our research received a dimension generally not offered by usual psychotherapy research. Namely, the possibility of clinical direct observation of family groups through their children and parents being continuously with our Psychoanalytic Kindergarten connected with our Berlin institute for training and research of the German Academy for Psychoanalysis.

Literatur

- Aichhorn, A.* (1925): *Verwahrloste Jugend* (Wien: Int. Psychoanal. Verlag)
- Ammon, Gisela* (1971): *Stufen der Kreativität in der Vorlatenz*. In: *Dyn. Psychiat.* (4) 296—305
- (1972): *Psychosomatische Syndrome bei Kindern und ihre Aufhebung*. Vortrag vor dem Psychotherap. Inst. der Ignatius-von-Loyola-Universität in Rom, 13. 6. 72
- , Hrsg. (1973): *Psychoanalytische Pädagogik* (Hamburg: Hoffmann & Campe)
- Ammon, Günter* (1959): *Theoretical Aspects of Milieu Therapy*. The Menninger School of Psychiatry, Topeka/Kansas
- (1969): *Zur Psychodynamik und Gruppendynamik der Aggression*. In: *Wege zum Menschen* (21) H. 5
- (1970): *Gruppe und Aggression. Eine psychoanalytische Untersuchung zur Aggressionsdynamik der Familiengruppe*. In: *Ammon, G., Hrsg.: Gruppendynamik der Aggression* (Berlin: Pönel-Publikationen)
- (1971 a, b, c): *Auf dem Wege zu einer Psychotherapie der Schizophrenie I, II, III*. In: *Dyn. Psychiat.* (4) 9—28, 123—167, 181—201

- (1972 a): Auf dem Wege zu einer Psychotherapie der Schizophrenie IV. In: *Dyn. Psychiat.* (5) 81—107
 - (1972 b): Kreativität und Ich-Entwicklung in der Gruppe. In: *Ammon, G.*, Hrsg.: *Gruppendynamik der Kreativität* (Berlin: Pönel-Publikationen)
 - (1973 a): Borderline-Syndrome. In: *Dynamische Psychiatrie* (Darmstadt: Luchterhand)
 - (1973 b): Aggression und Ich-Entwicklung in der Gruppe. Ein Beitrag zur psychoanalytischen Aggressionstheorie. In: *Z. Psychother. med. Psychol.* (23) 61—72
- Ekstein, R.* (1973): *Grenzfallkinder. Klinische Studien über die psychoanalytische Behandlung schwer gestörter Kinder* (München/Basel: Ernst Reinhardt)

The Need for Training in Research and Methodology in Psychoanalytic Curricula**

Leopold Bellak*

In seinem Beitrag entwickelt der Autor programmatische Gedankengänge zur Wissenschaftsorganisation und -methodologie psychoanalytischer Forschung. Ausgehend von einem teilweise historisch bedingten Defizit eines forschungs- und konzeptionsorientierten Bewußtseins in der Psychoanalyse überhaupt, wollen die folgenden Überlegungen die unabdingbaren Prinzipien vermitteln, nach denen Forschungsprozesse und Projektverfahren im Rahmen psychoanalytischer Theorie und Praxis aufgebaut werden müssen. In dieser Absicht versteht der Verfasser die Psychoanalyse, deren libidotheoretische Begründungen er als Hypothesenbildung relativiert, im Sinne einer Persönlichkeitstheorie, der Konzepte der Psychopathologie erwachsen. Hierbei bedarf aber der herkömmliche Kriterienbestand für die Abgrenzungen pathologischer Manifestationen einer dringenden Revision und Erweiterung. Dies hat vor allem im Interesse eines Begriffs von Psychoanalyse zu geschehen, der geeignet ist, die Dynamik therapeutischer Prozesse im Hinblick auf die Reversibilität von Krankheitsvorgängen in Bezug auf die analytischen Behandlungstechniken wie auf die Koordinierung von technischer Anordnung und Pathologie transparent zu machen. Der Autor fordert daher eine Intensivierung im wissenschaftstheoretisch kontrollierten Austausch von klinischer Phänomenologie in der kybernetischen Form datenverarbeitender Materialsammlungen, von experimentellen Forschungsmethodologien und Konzeptionsbildungen, – eine Aufgabe, der für die Zukunft sich zunehmend die psychoanalytischen Fachgesellschaften zuzuwenden haben.

Even in these days of computer technology and scientific teamwork, the importance of individual creativity and heuristic hunches is indisputable. In that sense, some progress in psychoanalysis will always be dependent upon the insights gained from the use of clinical psychoanalysis as a research method.

Psychoanalysis has progressed satisfactorily in many ways. Its scope has broadened with the increasing application of ego-psychology. It has lent itself to application in related fields of psychotherapy and many other sciences.

*Professor Dr. med., Psychoanalytiker, Larchmont, N. Y., Albert-Einstein-Medical-Institute, New York; New York University

**Paper read at the VIIth International Symposium of the DAP, August 1st-6th, 1975, Taormina (Sicily)

And yet, in many ways, psychoanalysis has not progressed as well as it might. That, I believe, is due to its lack of development as a science – a science in which the basic concepts are stated operationally and are thereupon scrutinized in controlled situations for verification, rejection and modification toward better fit and both more precise and more generally applicable hypotheses.

I have no doubt that psychoanalytic concepts can be so stated and examined, as I have not only declared but also attempted to demonstrate in different ways (*Bellak*, 1944, 1961 a; with *Smith*, 1956 a; with *Small*, 1965; with *Meyer et al.*, 1968; with *Hurvich and Gediman*, 1973; with *Chassan et al.*, 1973).

Clinicians have, however, often been resistant to the idea that scientific methodology can be usefully applied to psychoanalysis. Yet clinical progress in psychoanalysis is hampered by lack of systematically controlled research in the field.

Psychoanalysis consists of a complex theoretical framework and the theories must be tested in controlled research and refined and made to yield further specific information.

It is therefore necessary to include research methodology in the curriculum and a suggested course outline is provided. It is also necessary for psychoanalytic organizations to participate in research endeavours by serving as data banks and stimulating research. Readily available technology exists for collecting data in the form of audio- and videotapes, and these data should be preserved for use in research as well as for clinical observation.

The historical genesis of psychoanalysis has some relevance for the lack of its development as a scientific method. The pioneering days were too full of new discoveries, the concepts too new to concretize, the practitioners often came from non-scientific fields. When the main emphasis of psychoanalytic development shifted to the United States, it suffered from a two-pronged problem: experimental attempts by American psychologists who as yet knew nothing about psychoanalysis (an example that comes to mind is a study demonstrating that the repression also took place in normals, therefore concluding that the pathological implications of repression had been refuted!). Secondly, only physicians were trained in psychoanalysis. Medical school, in America especially, though also in Europe, is a professional school where one learns applied skills rather than receiving the kind of scientific training available in graduate school.

Thus, stalwart American psychoanalysts, understandably unimpressed by the attempts of experimental psychologists, and ignorant of

methodology, research design and statistics, claimed that psychoanalysis was „different“ and had no need for experimental verification.

A lot of nonsense was spoken and written, until World War II and its aftermath brought a rapprochement between academic psychology and clinical psychology, and some clinical psychologists were trained in psychoanalysis. A new attempt was then made to bring experimental skill to psychoanalysis – these clinical psychologists were supposed to do it.

At first, they were trained in Psychoanalytic Institutes, but enjoined from psychoanalytic practice per se, except as a research tool. As this made less and less sense in actuality, some psychoanalytically trained psychologists gave up all interest in research and became practitioners, while others used their new expertise to turn against the experimental method and proclaimed that the clinical use of analysis was the best instrument – and experimental method a chime-ra! Such was their fascination with their newfound profession.

This is pretty much where we stand today. Fate almost took a kinder-course in the form of Research and Training Grants by the National Institute of Mental Health, United States Department of Health, Education and Welfare, which allowed some young psychiatrists to be trained in scientific methodology. Alas, this scheme was suspended under the *Nixon* administration and has not been revived.

I think the conclusion to be drawn is obvious: some training in concept formation (*Abercrombie*, 1960; *Bellak*, 1961 b), in scientific methodology and research design, has to be taught as part of psychoanalytic training, as specifically applicable to psychoanalysis as a science.

Research in psychoanalysis in principle has to deal with at least three major areas:

1. The study of psychoanalysis as a theory of personality that underlies psychotherapy. For example, one might consider the libido theory as a theory of development with regard to zones, aims, and modes and the basis for hypotheses about regression, as one of many theories that need validation, modification or rejection (*Bellak*, 1956 b).

2. Psychoanalysis as a theory of personality also serves as an interlocking basis for a theory of psychopathology which has to be tested as such: what are the necessary and sufficient conditions for various forms of psychopathology, in greater or lesser details? We need demonstrable criteria for a differentiation of the genesis of a phobia and an obsessive/compulsive neurosis, but also necessary and sufficient conditions for the development of different types of phobias, for example.

3. Propositions concerning psychoanalysis as a therapeutic process need to be specifically studied, among other things in relation to psychoanalysis as a theory of personality and of psychopathology. Urgent problems involve the entire question of degrees of reversibility of any condition, problems of optimal matching of therapist and patient, variations in technique for various disorders, etc.

A seminar on research and methodology in psychoanalysis would have the basic aim of establishing a three-way interchange between clinical psychoanalytic data, research and concept formation. The instructor would provide a basic introduction to the problems of psychoanalysis and basic research techniques suitable to psychoanalysis (*Chassan*, 1967), review some relevant studies and provide a reading list.

After that, the participants might choose one of the following assignments:

- a. offer a case presentation, discuss some of the research problems involved and submit it to the group for further conceptual exploration, planning of the design and discussion of methodological problems;
- b. review published research with some thought given to inherent problems, limitations and pitfalls;
- c. present, think out or work on a research project of their own. Small projects, feasible of being carried out within the year would be preferable. Ongoing reports of problems could then be discussed. These projects might be seen as pilot studies and hopefully the investigator would go on to a larger study later.

Furthermore, psychoanalytic organizations must serve as data banks, centers for stimulating, organizing, integrating and finally, recording research – much as I had suggested that the Schizophrenia Research Center at the National Institute of Mental Health should function (*Bellak*, 1966; 1975), and which I finally had the satisfaction to see come into being.

Sound recording and videotaping are by now widely used techniques, and the evidence is increasing that recording sessions does not basically interfere with the psychoanalytic process. It is possible to accumulate material in data banks – one hundred cases of agoraphobias, one hundred cases of depressions, etc. – and see what the common denominators are and which propositions can be ascertained. Complex hypotheses of psychoanalysis could be examined by such deductive methods, or, as I once attempted (*Bellak*, with *Smith*, 1956 a), psychoanalytic material could be used by independent judges and predictors for independently and blindly testing out interlocking hypotheses by subtle methods of prediction, postdiction and collateral inferences.

Last not least, having students of psychoanalysis participate in such research endeavors would be a wonderful way of making them better clinicians!

Die Notwendigkeit der Ausbildung in Forschung und Methodologie im Rahmen des psychoanalytischen Lehrplans

Leopold Bellak

Fortschritte in der Psychoanalyse verdanken sich nach Auffassung des Autors vor allem der Handhabung klinisch-psychoanalytischer Verfahren als Forschungsmethoden. In ihrer Entwicklungsgeschichte hat die Psychoanalyse in der Hauptsache Erweiterungen durch die neuen Erkenntnisse der Ich-Psychologie erfahren, die ihrerseits Anwendungen in Gebieten fanden, auf welchen psychotherapeutische Techniken relevant werden. In der augenblicklichen Situation scheint jedoch eine gewisse Stagnation der Psychoanalyse als einer Wissenschaft eingetreten zu sein, die ihre Basiskonzepte operationell versteht und sie dementsprechend kontrollierten Situationen von Verifikation, Modifikation und Revision der Ausgangshypothesen aussetzt. Kliniker verhalten sich oft ablehnend gegenüber einer wissenschaftlichen Methodologie in diesem Sinne; deshalb ist auch die klinische Weiterentwicklung der Psychoanalyse durch einen Mangel an systematisch organisierter Forschung blockiert. Der fakultative Begriff Psychoanalyse umfaßt einen komplexen theoretischen Bestand, dessen wissenschaftliche Legitimationen im einzelnen durch differenzierte Testverfahren und Forschungsreihen erbracht werden müssen, so daß von hierher Zugänge zu weiterführenden, hypotheseintensiven Informationen möglich werden. Dies bedeutet aber, daß bereits in den Curricula der wissenschaftstheoretischen Voraussetzungen der Psychoanalyse Forschungsmethodologien anzulegen sind, welche sich kraft ihrer begrifflichen Struktur Methoden datenverarbeitender und informationspeichernder Systeme nutzbar machen können. Der Autor versteht das Defizit an technologischen Operationalisierungen als ein Erbteil aus der historischen Genesis der Psychoanalyse. In ihrer Pionierzeit waren die Konzeptionen noch zu neu und mehr von antizipativen Axiomen bestimmt als von methodologisch erhärteten Rückkoppelungen. In den USA litt die Entwicklung der Psychoanalyse von vornherein an zwei Problemen: amerikanische Psychologen hatten von ihr kaum einen Begriff. Die psychoanalytische Ausbildung beschränkte sich zudem auf Mediziner, denen wiederum in erster Linie applikative Fertigkeiten

statt Möglichkeiten wissenschaftlicher Reflektion vermittelt wurden. Dem empiristisch und experimentell eingestellten Psychologen standen die Mediziner ohnehin desinteressiert gegenüber. Heute, wo auch Psychologen zunehmend psychoanalytische Erfahrungen sammeln und akzeptieren können, wiederholt sich merkwürdigerweise bei ihnen dasselbe Problem: die einen sind ausschließlich zu Praktikern geworden, die anderen betrachten die Psychoanalyse als neue Profession, die meint, auf klinisch verifizierte Versuchsanordnungen und Forschungssituationen verzichten zu können. Aus dieser Sachlage heraus müssen für den Verfasser Folgerungen für eine Ausbildung in konzeptuellem Denken, Einführungen in wissenschaftliche Methodik und Forschungsorganisation gezogen werden. Dabei denkt der Autor an mehrere Hauptgebiete. Die Psychoanalyse ist als eine Theorie der Persönlichkeit aufzufassen, die der Psychotherapie zu Grunde liegt. Die Libidolehre z. B. bedarf als einer Entwicklungstheorie mit bestimmten Voraussetzungen wie viele andere Modellansätze wissenschaftlich nachprüfbarer Validierung. Als Persönlichkeitstheorie legt sie die Grundlagen zu psychopathologischen Konzepten, welche in Zukunft aber ausweisbarer und differenzierter Kriterien für die klinische Phänomenologie bedürfen. Schließlich begreift die Psychoanalyse die Dynamik therapeutischer Prozesse, mit denen wissenschaftstheoretisch und methodologisch Probleme der Reversibilität der pathologischen Ausgangsbedingungen, einer optimalen Interaktion zwischen Arzt und Patient wie der Modalitäten der psychoanalytischen Behandlungstechniken im Hinblick auf spezielle Erkrankungen avisiert werden. Forschungsprojekte müssen deshalb in ihren Dispositionen die grundlegenden Aspekte des klinisch-psychoanalytischen Datenmaterials, der Methodologie zu einer organisierten Auffindung neuer Erkenntnisse und der wissenschaftstheoretisch innovierenden Konzeptionsbildung vereinigen können. Psychoanalytische Fachgesellschaften sollten daher die Funktion von Zentralstellen für klinisches Material wie als Mittelpunkte für Forschungsorganisation und -integration haben, Forderungen, die der Autor für das Schizophrenie-Forschungszentrum des National Institute of Mental Health erhoben hat. Erst unter den Bedingungen eines derartigen Umfeldes sind deduktive Methoden ebenso fruchtbar zu machen wie experimentell begrenzte Hypothesen für bedingte Voraussagen und katamnestische Nacharbeitung.

Literature

- Abercrombie, M. J. J.* (1960): *The Anatomy of Judgment. An Investigation into the Processes of Perception and Reasoning* (New York: Basic Books)
- Bellak, L.* (1944): *The Concept of Projection*. In: *Psychiat.* (7) 353–370
- (1956 b): *Psychoanalytic Theory of Personality: Notes Toward a Systematic Textbook of Psychoanalysis*. In: *McCary, J.M., (Ed.): Psychology of Personality* (New York: Logos Press)

- (1961 a): Research in Psychoanalysis. In: *Psychoanal. Quart.* (30) 519-548
 - (1961 b): Review of *M. J. J. Abercrombie: Anatomy of Judgment*. In: *Psychoanal. Quart.* (30) 120-122
 - (1966): Testimony Regarding Research in Schizophrenia. In: Hearings of the Subcommittee of the Committee on Appropriations, U. S. House of Representatives, part 4, 89th congress, first session, 620
 - (1975): Letter to the Editor about Psychoanalytic Research Center, Newsletter of the American Psychoanalytic Association (9) 2
 - ; *Chassan, J. B.* et al. (1973): Ego Function Assessment of Analytic Psychotherapy Combined with Drug Therapy. In: *J. Nerv. Ment. Dis.* (157) 465-469
 - ; *Hurvich, M.; Gediman, H.* (1973): Ego Functions in Schizophrenics, Neurotics, and Normals (New York: Wiley)
 - ; *Meyer, E.* et al. (1968): An Experimental Study of Brief Psychotherapy. In: *Lesse, S.* (Ed.): *An Evaluation of the Results of the Psychotherapies* (Springfield, Ill.: Thomas)
 - ; *Small, L.* (1965): *Emergency Psychotherapy and Brief Psychotherapy* (New York: Grune & Stratton)
 - ; *Smith, M. B.* (1965 a): An Experimental Exploration of the Psychoanalytic Process. In: *Psychoanal. Quart.* (25) 385-414
- Chassan, J. B.* (1967): *Research Design in Clinical Psychiatry and Psychology* (New York: Appleton-Century-Crofts)

Author's Address:

Prof. Leopold Bellak, M. D.
22, Rockwood Drive
Larchmont, N. Y. 10538

Sprachwandel in der Anfangsphase einer psychoanalytischen Ausbildungsgruppe**

Friedrich Diergarten*

Sprache ist zentrales Instrument der psychoanalytischen Therapie. Der Autor versucht, Tendenzen sprachlicher Entwicklung in einer Ausbildungsgruppe zu beschreiben. Es geht um die Frage, ob hinter dem Wandel sprachlicher Oberflächenstrukturen tiefere unbewusste Sprachmechanismen und Identitätsveränderungen sichtbar werden.

Der Autor geht zunächst auf den sich wandelnden Gebrauch von Personalpronomina ein und wertet die differenzierter werdende Verwendung dieser Wortkategorie als Indikator für eine gelingende Abgrenzung der Sprecher nach innen und außen.

Ebenso ist zu beobachten, wie sich im Verlauf des Gruppenprozesses rigide geschlossene Wortfelder öffnen und sich entwickeln in Richtung auf kreative Symbolisierungsprozesse. Flexibler werdende Tempusstrukturen wertet der Autor als Indikator für gelingende Kommunikation und die Bereitschaft, sich auf die eigene Vergangenheit einzulassen. Hinter dem Wandel einzelner Sprachstrukturen liegt nach Meinung des Autors eine Veränderung der im Unbewußten verankerten Ich-Strukturen, im Sinne der von Günter Ammon beschriebenen „nachholenden Ich-Entwicklung“, die eine Voraussetzung für die psychoanalytische Ausbildung ist.

Sprache und Sprechen sind zentrales Instrument der psychoanalytischen Therapie (*Freud*, 1916/17), auch und erst recht in psychoanalytischen Ausbildungsgruppen. In den folgenden Ausführungen mache ich den Versuch, Tendenzen sprachlicher Entwicklung in einer lehranalytischen Ausbildungsgruppe darzustellen.

An Sprachmaterial untersuche ich dabei die Differenzierung von Personalpronomina, Veränderungen in der Semantik bestimmter Wortfelder und die Flexibilisierung von Tempusstrukturen. Es geht um die Frage, ob hinter dem Wandel sprachlicher Oberflächenstrukturen tiefere unbewusste Sprachmechanismen und Identitätsveränderungen sichtbar werden. Sprachtheoretisch orientiere ich mich an den Forschungen von *Fritz Tschirch* (1966), *Stephen Ullmann* (1967) und *Harald Weinrich* (1964); ebenfalls an Ergebnissen von *Wygotski* (1969) und *Lorenzer* (1970). Für den Ich- und gruppenpsychologischen Zusammenhang, der mir besonders wichtig erscheint, sind her-

*Dr. phil., Psychotherapeut, Mitarbeiter am Düsseldorfer Lehr- und Forschungsinstitut der DAP

**Vortrag gehalten auf dem VII. Internationalen Symposium der DAP, 1.–6. August 1975, Taormina (Sizilien)

vorzuheben *Günter Ammons* (1975) Konzept vom „Sprach-Ich“, *Carusos* (1973) Forschungen über den „neurotischen Code“ und *El-Saftis* (1973) Ausführungen über den Bezug von Sprache und Psychoanalyse.

Das Sprachmaterial und die Fallbeispiele stammen aus einer psychoanalytischen Ausbildungsgruppe. Für die Auswertung und den Versuch einer Generalisierung der Ergebnisse greife ich zusätzlich auf Erfahrungen in gruppodynamischen und milieutherapeutischen Gruppen wie auch auf langjährigen Umgang mit gruppodynamisch orientierten Lehrer- und Schülergruppen zurück.

Differenzierter Gebrauch von Personalpronomina als Indikator für gelingende Abgrenzung

Die Wortkategorie der Personalpronomina macht in jedem Sprachakt deutlich, daß Sprache ein interpersonelles Geschehen ist (*Habermas*, 1971). Aber gerade in der Anfangsphase von Gruppen ist häufig das unpersönliche „man“ zu hören vom Typ „man kann“, „man darf nicht“. Ethymologisch bedeutet das „man“ soviel wie „der Mann“, „der Mensch“. Im sprachlichen Zusammenhang läßt es die individuelle Abgrenzung des Sprechers offen. Welches Subjekt ist gemeint? Das eigene „Ich“? Oder ein ich + du, oder ich + du + er?

In diesem Kontext stellt sich die Frage, was ein derart undifferenziertes Sprechen aussagt über den individuellen Sprecher und die Gruppe. M. E. signalisiert das unpersönliche „man“ bei stereotypem Gebrauch eine unbewußte Abwehrhaltung, die Unfähigkeit, sich gegenüber der äußeren und inneren Realität der Gruppe abzugrenzen; das entspricht dem archaischen Unvermögen bzw. dem Bemühen des Kindes, bei Stützung durch die Mutter ein „Ich-Gefühl“ zu entwickeln und eigene „Ich-Grenzen“ aufzubauen (vgl. *Federn*, 1952; *Winnicott*, 1974).

Aber auch dann, wenn die Gruppe allmählich gelernt hat, ein differenziertes „ich“ oder „wir“ zu sprechen, bleiben weitere Fragen offen: Wie groß ist die Wir-Grenze des einzelnen Gruppenmitgliedes? Umschließt sie ein ich + du, oder ich + du + er? Ist der Therapeut mit eingeschlossen? Wie wird sein Fehlen erlebt? Wie das Ausscheiden eines Gruppenmitgliedes oder das Hinzukommen eines neuen? Wie lange braucht ein neues Mitglied, um nach dem fremden „ihr“ ein integrierendes „wir“ sagen zu dürfen?

Häufig war in der Anfangsphase der Ausbildungsgruppe, auf die ich mich beziehe, Verwirrung oder Verärgerung zu bemerken, wenn einzelne Gruppenmitglieder vorschnell ein undifferenziertes „wir“ gebrauchten. Die Gruppe entwickelte verhältnismäßig rasch ein Gespür und konnte auch darüber kommunizieren, ob dem „wir“ in der Tat ein erlebtes „Wir-Gefühl“ und ein „Wir-Zustand“ entsprach; analog dem Federnschen „Ich-Gefühl“ – dem „Gefühl des Ich von sich selbst“ (Federn, 1952) –, das jeden seelischen Vorgang zum Ich-Erlebnis machen kann und damit dem Individuum das Gefühl von Existenz und Identität bietet. Fehlt dieses Ich- bzw. Wir-Gefühl, so fehlt auch dem sprachlichen Ausdruck seine lebendige Kraft; die Sprache wirkt unecht, unbeteiligt, fassadenhaft.

Erst allmählich wächst die Fähigkeit des einzelnen und der Gruppe, Verschiebungen in den Ich- und Wir-Grenzen und wechselnde Ich- und Wir-Zustände differenzierter wahrzunehmen, sie zuzulassen und darüber zu kommunizieren. Das metakommunikative Sprechen über die damit verbundenen Gefühle, Erinnerungen und Konflikte erhöht die Fähigkeit bewußt erlebter Abgrenzung bzw. die Möglichkeit, Ich- und Wir-Grenzen als Wahrnehmungsorgane für die innere und äußere Realität flexibel zu öffnen, zu erweitern, oder nötigenfalls auch zu schließen.

Besonders häufig tauchte in der Ausbildungsgruppe das unpersönliche „es“ auf, vom Typ „es geht mir schlecht“. Dabei handelt es sich um sprach- und kulturgeschichtlich frühes Material. Das „es“ ist ein tabuisierendes Hüllwort (Tschirch, 1966). Ursprünglich durfte die Krankheit bzw. der Gott, der sie verursacht haben sollte, nicht beim Namen genannt werden. Dämonen und Götter dienten der Angstabwehr; genauso verdecken Symptome den eigentlichen Konflikt.

In der genannten Ausbildungsgruppe mußte die Therapeutin lange Zeit darauf bestehen, die Gruppe solle nicht so sehr über Symptome und mögliche Kuren sprechen, sondern die Ursachen der Krankheit beim Namen nennen und sie in ihren psychodynamischen Zusammenhängen zu verstehen lernen. Das fiel schwer. Ein weibliches Gruppenmitglied überraschte die Gruppe mit immer neuen Symptomen wie Hautausschlag, Fettsucht, Lungenentzündung, Kopfschmerzen und dergleichen. Sie bestand darauf, gegen den Rat der Gruppe eine Kur zu machen, was wochenlange Abwesenheit bedeutete. Sie ist nicht in die Gruppe zurückgekehrt, schrieb aber eine Ansichtskarte und teilte der Gruppe mit: „Es geht mir gut“. Damit brach die Therapie und die psychoanalytische Ausbildung ab.

Für die anderen Gruppenmitglieder wurde spätestens zu diesem Zeitpunkt deutlich, daß in jeder psychoanalytischen Therapie aus der

Frage „Was habe ich?“ – „Wie geht es mir?“ – die Frage werden muß: „Wer bin ich?“ (Ammon, 1975). – „Wo Es war, soll Ich werden“ (Freud, 1932). Das ist das zentrale Problem. Das ist die Frage, die das therapeutische Sprechen zu dem macht, was es ist und abgrenzt von jeder anderen Gesprächsform. Es ist die Frage nach der Identität, die Frage nach der Identität des Ausbildungskandidaten.

Sprachentwicklung in der Gruppe als Wende von rigide geschlossenen Wortgrenzen in Richtung auf kreative Symbolisierungsprozesse

Die Geschichte aller europäischen Sprachen hat gezeigt, daß im Laufe der letzten 1000 Jahre neben einer Herausbildung der Personalpronomina eine beachtenswerte Erweiterung des semantischen Inhalts vieler Wörter stattgefunden hat und als Tendenz weiter anhält (Tschirch, 1966). Der einzelne Sprecher muß allerdings diesen kreativen Prozeß nachvollziehen entsprechend seinen sich wandelnden Bedürfnissen und Bewußtseinsinhalten. Ich-psychologisch und gruppenpsychologisch ist er dabei angewiesen auf die Kommunikationsfähigkeit seiner Gruppe; vor allem auf die Primärgruppe, auf eine erfahrungsfähige Mutter. „Das Sprechen erfüllt dabei eine doppelte Funktion. Einerseits dient es der Abgrenzung der eigenen Ich-Identität im Sinne der Unterscheidung von Ich- und Nicht-Ich, von Selbst und Nicht-Selbst, und zwar sowohl gegenüber der Welt des Unbewußten und seiner Wunschinhalte, wie auch gegenüber der Realität der Außenwelt und ihren Forderungen. Andererseits dient das Sprechen der aktiven Erweiterung der Ich-Identität durch die Herstellung einer Kommunikation, das Eingehen von Verbindungen und Bündnissen, durch welche das Ich mit dem Nicht-Ich in Beziehung tritt“ (Ammon, 1975).

Diese Sprachprozesse lassen sich besonders auch in der Bedeutungserweiterung oder Bedeutungsverengung von Wortfeldern (Ullmann, 1967) beobachten, in der Art und Weise, ob und wie der einzelne Sprecher im Rahmen seiner Sprachgruppe Wortgrenzen öffnen und schließen kann, d. h. in der Lage ist, die semantischen Inhalte von Worten seinen inneren und äußeren Erfahrungen anzupassen. In der Ausbildungsgruppe kam es in der Anfangsphase zu einer allgemeinen Bedeutungsverengung des Wortfeldes „Familie“: von den „bösen“ Müttern, den bösen Vätern, den bösen Brüdern und Schwestern war besonders häufig die Rede. Dieser Befund ist offenbar damit zu erklären, daß sich gerade im Umgang mit dem Wortfeld „Familie“ zuerst der Prozeß des „Erinnerns“ und „Wiederholens“ (Freud, 1914) vollzog. Immer wieder wurden von einzelnen Mitgliedern Szenen aus

der Kindheit erinnert. Später kamen dann Übertragungsreaktionen anderer Art hinzu: die erinnerten infantilen Szenen wurden überlagert durch Übertragungsgefühle im aktuellen Gruppengeschehen. Gruppenmitglieder erlebten sich als den guten oder den bösen Bruder, die Therapeutin als die frustrierende oder als die gute Mutter; auch die Gruppe als ganze wurde vornehmlich als Mutter erlebt: „Ihr seid wie meine Mutter, ihr müßt mir alles kaputtmachen.“ Das „Durcharbeiten“ (Freud, 1914) bedeutet dann, daß sich der Sinngehalt eines Wortfeldes „Mutter“ bzw. „Familie“ erweitert um neue Erfahrungen kognitiver und emotionaler Art. Lorenzer (1970) weist darauf hin, daß gerade Worte wie Vater oder Mutter interpersonelle Erfahrungen beinhalten mit vielschichtigem Gefüge. Es sind kommunikative Szenen, vor allem auf der diachronen Zeitachse, im Nacheinander der individuellen Geschichte.

Die Wirkung einer Therapie besteht darin, daß die erinnerten infantilen Szenen und das Übertragungsgeschehen in ihrem Anachronismus bewußt gemacht und ergänzt werden durch neue Kommunikationsmuster. Unbewußte Klischees verwandeln sich entsprechend den neuen Erfahrungen in bewußte Objektrepräsentanzen (Lorenzer, 1970). Erfahrungsdefizite können wiedergutmacht werden im Sinne der von Günter Ammon (1974) beschriebenen „nachholenden Ich-Entwicklung“. Sprachlich gesehen heißt dies: Wortgrenzen öffnen sich und werden flexibel. Diese Tendenz findet ihren Höhepunkt in kreativen Symbolisierungsprozessen (Ammon, 1972; v. Kries, 1972) Symbole sind ihrer Herkunft und ihrer Funktion nach auf Gruppenprozesse bezogen und grundsätzlich offen für vergangene, gegenwärtige und zukünftige Erfahrung. Sie führen nicht wie erstarrte Worte zu Wiederholungszwang, sondern ermöglichen Handlungsfreiheit, auch und vor allem gegenüber den Vätern und den Müttern.

Flexible Tempusstrukturen als Indikator dynamischer Kommunikationsfähigkeit

Die europäischen Sprachen kennen zur Beschreibung der Vergangenheit verschiedene Tempora. Harald Weinrich (1964) hat gezeigt, daß das Imperfekt im Deutschen ein Erzähltempus ist, d. h. es signalisiert abgeschlossene Vorgänge, in die der Sprecher nicht hineinwirken kann oder will. Das Perfekt dagegen bezeichnet die Haltung des Besprechens vergangener Vorgänge. Es signalisiert dem Gesprächspartner – und das geschieht auf unbewußtem Wege –, daß er zur Stellungnahme aufgefordert ist: er soll Einfluß nehmen. Ein Beispiel:

Märchen sind im Imperfekt geschrieben. Das „Es war einmal“ leitet eine andere Welt ein, nicht so sehr eine vergangene Zeit. Kinder aber gleiten beim Erzählen von Märchen häufig ins Perfekt. Sie wollen Stellung nehmen bzw. wollen Stellungnahme vom Erwachsenen hören. Sie wechseln daher gerne das Tempus; gerade an den Stellen, wo sie sich betroffen fühlen. Analoge Vorgänge sind wieder in der erwähnten Ausbildungsgruppe zu beobachten. Die meisten Berichte über die Vergangenheit wurden im Tempus des Besprechens vorgetragen, im Perfekt. Sie signalisierten also aktuelle Betroffenheit, forderten Stellungnahme und – was wichtig ist – erhielten auch ein direktes feedback. Es gab jedoch Ausnahmen: Einige Gruppenmitglieder berichteten über vergangene Ereignisse fast durchgängig im Imperfekt. Die Gruppe hatte häufig den Eindruck, als stünde eine Barriere zwischen dem Sprecher und den Zuhörern. Dieser Zustand wurde als beklemmend und lähmend erlebt. Der Kommentar der Therapeutin verdeutlichte diese Situationen: „Sie lassen niemand an sich heran.“ Bezeichnend ist auch die Bemerkung eines Gruppenmitgliedes: „Ich habe den Eindruck, daß du Geschichten erzählst.“ In einer gruppendynamischen Gruppe hieß es bei entsprechender Situation: „Du erzählst viel, aber es ist kein Saft drin.“

Mit anderen Worten, wenn Gruppenmitglieder bei Berichten über vergangene Ereignisse durchweg im Imperfekt sprechen, fühlen die Zuhörer sich ausgeschlossen, angesprochen und zugleich abgewiesen. Wie läßt sich eine derartige Kommunikationssituation Ich-psychologisch und gruppendynamisch erklären? Auf den Sprecher bezogen scheint es so zu sein, daß ihm der Zugang zum eigenen Unbewußten versperrt ist. Nach *Freud* (1916/17) aber hat das Verbalisieren nur dann einen therapeutischen Effekt, wenn dabei das Unbewußte ins Vorbewußte angehoben bzw. gar bewußt gemacht wird. Auf die Zuhörer bezogen können wir sagen: Bei aller Fülle des produzierten Materials bleibt der Gruppe die Möglichkeit versperrt, sich helfend mit dem Sprecher und seiner Situation zu befassen. Es handelt sich um eine Art double-bind, in der Kommunikation zugleich angeboten und verboten wird. Von Seiten des Sprechers muß ein unbewußter Abwehrmechanismus zu Grunde liegen, der auf rigide geschlossene Ich-Grenzen und auf ein Sprach-Ich schließen läßt, daß offene Kommunikation als gefährlich erlebt. Darum wird eine Sprechhaltung gewählt, die dem Partner ein „konstruktives ad gredi“ (*Ammon*, 1970) verweigert und ihn zur Passivität verurteilt. Häufig äußert sich diese Erwartung des Sprechers in monotoner Stimmführung und im Fehlen erkennbarer Emotionen. Auf der grammatischen Ebene wählt der Sprecher ein starr durchgehaltenes Imperfekt. Wenn nun der Partner bzw. die Gruppe versuchen, diese Kommunikationsschranken zu über-

winden, wird diese Zuwendung als Zumutung und destruktive Aggression erlebt, vehement abgewehrt oder mit totalem Rückzug beantwortet.

Ein Gruppenmitglied, das durchweg im Imperfekt berichtete, trennte sich von der Gruppe mit der Begründung, die Gruppe habe zu sehr versucht, in private Angelegenheiten einzugreifen; das Engagement sei zu stark gewesen. Eine lebendige therapeutische Gruppe aber muß Engagement zeigen, konstruktives *ad gredi*. Dies äußert sich, wie ich meine, auch in lebendiger Sprache, u. a. im dynamischen Wechsel von Tempusstrukturen. Dabei weicht distanzierteres Erzählen immer mehr einem von Ich-Gefühl getragenen Besprechen, bzw. wird die Möglichkeit entwickelt, das eine vom anderen zu unterscheiden und situationsentsprechend anzuwenden.

Ich fasse zusammen: Zu Beginn war die Frage gestellt worden, ob hinter dem Wandel sprachlicher Oberflächenstrukturen tiefgreifende Veränderungen in der Ich- und Gruppenstruktur stehen. Bei der Untersuchung von Verschiebungen im Bereich der Personalnomina, der Wortfeldsemantik und einzelner Tempusstrukturen zeigte sich, daß sich hinter den Sprachgewohnheiten des einzelnen Sprechers unbewußte Erfahrungen, Phantasien und Ich-Strukturen verbergen, die vor allem auf die verinnerlichte Interaktion in der frühen Primärgruppe zurückgehen. Diese Sprachstrukturen verändern sich in einem ständigen dynamischen Prozeß, der in den Spiegelreaktionen einer therapeutischen Gruppe in besonderem Maße beobachtbar, verstehbar und beeinflussbar ist, auch wenn die Sprachgewohnheiten des einzelnen Sprechers nur indirekt reflektieren, was sich hinter ihnen an internalisierten Ich-Strukturen verbirgt und inwieweit sie von Ich-Gefühl getragen sind. *Lacan* (1973) hat darauf hingewiesen, daß die Rede des Patienten in der Analyse immer mehr bedeutet als dem Sprecher bewußt ist. Das „wahre Ich“, das Selbst, kann ein anderes sein als das „Ich“ der Rede; es kann sich verbergen hinter dem eigenen Redefluß, hinter einem unpersönlichen „man“, oder, wie ich herauszustellen versucht habe, hinter rigide geschlossenen Wortgrenzen und erstarrten Tempusstrukturen.

An dieser Stelle muß offen bleiben, inwieweit sich hinter sprachlichen Eigentümlichkeiten u. U. psychische Störungen neurotischer (*Lorenzer*, 1970; *Caruso*, 1973) Herkunft verbergen, oder ob es sich um archaische Ich-Defizite (*Ammon*, 1974) handelt. Psychoanalytische Therapie wäre dann gleichzeitig Sprachtherapie, in der der Patient die Entfremdung zwischen seiner Sprache und seinem Selbst aufzuheben lernt. Dies liefe darauf hinaus, in der „wiedergutmachenden“ therapeutischen Kommunikation (*Ammon*, 1974) das aufzubauen,

was *Günter Ammon* das „Sprach-Ich“ (1975) nennt und was *Wygotski* (1969) als „innere Sprache“ bezeichnet hat. Es ist eine primär kommunikative Sprache, besser gesagt eine Sprachfähigkeit, womit der einzelne in der Lage ist, sich abzugrenzen bzw. zu öffnen und damit gerade über das sprachliche Kommunizieren seine Identität zu finden; es ist eine Sprache, die auch unbewußte interpersonelle Prozesse wahrnimmt und dem kreativ geöffneten Ich des Partners zugänglich machen kann.

All dies zu erfahren, geschehen zu lassen und zu beeinflussen ist ein wichtiger Teil der psychoanalytischen Ausbildung. An welchem sprachlichen Material das im einzelnen geschieht, ist zweitrangig. Methodisch gesehen könnte es systematisiert, ergänzt und vertieft werden. Entscheidend im Zusammenhang einer psychoanalytischen Ausbildung ist vor allem, daß in einem lebendigen Institut lebendige Gruppen entstehen, in denen die einzelnen Mitglieder sich etwas zu sagen haben, wo jeder erfährt und erlebt, daß Sprechen ein zentrales menschliches Bedürfnis ist. Natürlich kann Sprechen Angst machen. Aber dabei soll es nicht bleiben. Sprechen macht Spaß, es befreit und führt zur Identität. Sprechen ist in der Tat das humanste Instrument jeder Therapie.

Language Development in the Initial Phase of a Training Analysis Group

Friedrich Diergarten

Language and speech are central instruments of psychoanalytic therapy. The author describes tendencies of language development in such groups. Grammatical and semantic details of this paper are concerned with German usage, of course, and may be different in foreign languages. The general question, however, whether, if changes in grammatical and semantic structures can be regarded as an indicator of group- and ego-development.

First, the author points out that undifferentiated usage of pronouns, especially of impersonal pronouns, is typical of the initial phase of groups. It may be interpreted as an unconscious defense mechanism, indicating the speaker's incapacity to demarcate his identity within the group, which reflects early childhood experiences or deficiencies in the mother-child-relationship.

In the second part of his paper the author deals with changes in word fields during the group process. In the initial phase, groups tend to use rigidly closed word boundaries. This is typical, for instance,

of the word field „family“ in the sense that group members speak of the „bad mothers“ and „bad fathers“ of their childhood, which may be connected with the process of „remembering, repeating, and working through“ (*Freud*). Later on, transference reactions in the actual scene will prevail, with group members experiencing each other as brothers and sisters, fathers and mothers. This means that word boundaries are being opened for new experiences, corresponding to new interpersonal communication structures. Psychoanalytically oriented group therapy, regarded from the language point of view, right culminates then in creative processes of symbolizing, symbols originating in dynamic communication systems within the group and being open to past, present and future experiences.

In addition to this the paper describes significant changes in the usage of time and tenses. As long as group members talk about their own past in the Imperfect Tense only, they unconsciously signalize that they do not want their partners to take an active part in it. This leads to a kind of double-bind-conflict, communication being offered and forbidden at the same time. In active and vivid groups, however, engagement and communication will be prevailing in the end, an attitude which *Günter Ammon* has described as „constructive ad gredi“. This finds its linguistic articulation in dynamical changes of tense structures, with the Present Perfect for instance indicating that involvement is welcome.

The author stresses that it is important for psychoanalytic training not only to notice such developments in language and communication, but also to take part in them. Genuine experience only will enable the therapist-to-be to use such knowledge for psychoanalytic treatment.

Literatur

- Ammon, G.* (1970): Gruppendynamik der Aggression (Berlin: Pinel-Publikationen)
 – (1972): Kreativität und Ich-Entwicklung in der Gruppe. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Gruppendynamik der Kreativität (Berlin: Pinel-Publikationen)
 – (1974): Das narzißtische Defizit als Problem der psychoanalytischen Behandlungstechnik – Ein Beitrag zur Theorie und Praxis der nachholenden Ich-Entwicklung. In: *Dyn. Psychiat.* (7) 201–215
 – (1975): Was ist psychoanalytische Therapie? In: *Der Nervenarzt* (1)
Caruso, I. (1973): Über die Rehabilitation des „neurotischen Code“ in der Psychoanalyse. In: *Dyn. Psychiat.* (6) 66–86
Federn, P. (1952): *Ego Psychology and the Psychoses* (New York: Basic Books)
Freud, S. (1914): *Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten*. Ges. W., Bd. X (London: Imago)
 – (1916/17): *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*. Ges. W., Bd. XI, a. a. O.
 – (1932): *Neue Folge zur Einführung in die Psychoanalyse*. Ges. W., Bd. XV, a. a. O.

- Habermas, J.* (1971): Theorie der Gesellschaft oder Sozialtechnologie? In: *Habermas, J.; Luhmann, N.*: Theorie der Gesellschaft oder Sozialtechnologie (Frankfurt: Suhrkamp)
- Kries, D. v.* (1972): Anmerkungen zur Kreativität der Symbolbildung. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Gruppensdynamik der Kreativität. a. a. O.
- Lacan, J.* (1973): Schriften I (Freiburg: Walter)
- Lorenzer, A.* (1970): Sprachzerstörung und Rekonstruktion (Frankfurt: Suhrkamp)
- El-Safti, M. S.* (1973): Zum Problem der Sprache in der Psychoanalyse. In: *Dyn. Psychiat.* (6) 87-97
- Tschirch, F.* (1966): Weltbild, Denkform und Sprachgestalt (Berlin: Wichern)
- Ullmann, S.* (1967): Grundzüge der Semantik (Berlin: de Gruyter)
- Weinrich, H.* (1964): Tempus (Stuttgart: Kohlhammer)
- Winnicott, D. W.* (1974): Reifungsprozesse und fördernde Umwelt (München: Kindler)
- Wygotski, L. S.* (1969): Denken und Sprechen (Frankfurt: Fischer)

Adresse des Autors:
Dr. phil. Friedrich Diergarten,
Klosterstr. 20
575 Menden

Das Schweigen in der Lehranalyse**

Lucio Pinkus*

In dieser Arbeit untersucht der Autor die Bedeutung des Schweigens in der Lehranalyse unter triebpsychologischen und Ich-psychologischen Aspekten, wobei er hervorhebt, daß das Schweigen, allgemein als Widerstands- und Aggressionsproblem skizziert, ebenso als schöpferische Pause zur Ankündigung der Bearbeitung wesentlicher Persönlichkeitsanteile, wie auch im Sinne eines Wiedererlebens der präverbalen positiven Mutter-Kind-Beziehung verstanden werden kann. Erst die Bearbeitung des Schweigens, das hier auch als autonome Ich-Funktion verstanden wird, ermöglicht es dem Lehranalytanden unter diesem Aspekt, ein autonomes Ich zu entwickeln. Dadurch wird eine Bearbeitung struktureller Defizite und der Aufbau flexibler Ich-Grenzen ermöglicht.

In der Geschichte der Psychoanalyse zeigt sich in Bezug auf die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Problem der Lehranalyse eine Vermeidungshaltung, die unter anderem auch ihren Niederschlag in der sehr spärlichen Literatur zu diesem Thema findet. Es scheint fast, als ob hier eine Art Tabu existiert, das man vielleicht im Sinne von *Ammon* (1969) als einen Laioskomplex deuten könnte.

Bekanntlich wird zwischen Eigenanalyse und Lehranalyse unterschieden. Erstere ist auf das Individuum und seine Probleme ausgerichtet, letztere ist Teil eines Berufstrainings (*M. Balint*, 1948). Nachdem dieser Unterschied zumindest praktisch geklärt ist, erwartet man wohl allgemein, daß die Lehranalyse Persönlichkeiten ausbilde, die sich ihrer eigenen Probleme möglichst bewußt sind und über ein starkes, autonomes Ich sowie über ein beträchtliches Maß an Kritikfähigkeit verfügen. Es erscheint, allerdings zweifelhaft, wie aus den verschiedenen Erfahrungen der psychoanalytischen Gesellschaften hervorgeht und wie es *M. Balint* (1954) darlegte, ob die Lehranalyse diesen Anspruch erfüllt. *M. Balint* beschreibt die Lehranalyse als eine Art Ritus, in den der Analysand als Novize von dem Lehranalytiker eingeführt wird. Dabei wird vor allem die Identifikationsdynamik in Bewegung gesetzt. Außerdem trägt dieser Prozeß grundlegend zum Verständnis der interpersonellen Beziehungen, insbesondere des analytischen Verhältnisses bei.

*Professor für Psychologie an der Staatlichen Universität in Rom und an der Päpstlichen Universität „Marianum“, Psychoanalytiker

**Vortrag gehalten auf dem VII. Internationalen Symposium der DAP, 1.-6. August 1975, Taormina (Sizilien)

Der Identifikationsprozeß

Hier ist meiner Meinung nach die Theorie zu berücksichtigen, wonach Identifikation ein Prozeß ist, während dessen das Individuum seine Motivationen und folglich auch seine Verhaltensmuster ändert. Durch diesen Prozeß wird erstrebt, irgendwie – entweder teilweise oder vollständig, fast wie durch eine Art Verschmelzung – eine Ähnlichkeit mit der Bezugsperson zu erfahren (R. Schaefer, 1968). Gleichzeitig stellt sich das Individuum alle möglichen Verhaltensänderungen vor, die berücksichtigt werden müßten.

Interessant ist, daß die Identifikation meist einen oder mehrere Aspekte derselben Bezugsperson betrifft. Diese Aspekte werden dann subjektiv bevorzugt wahrgenommen und äußern sich sowohl in den Motivationen als in den Handlungen.

So versucht der Analysand bei der Lehranalyse, sich in einigen Teilaspekten mit seinem Bezugsobjekt – dem Lehranalytiker – zu identifizieren. Er wählt zum Beispiel den Aspekt der Macht und maskiert ihn mit eifrigem Erlernen der analytischen Technik. Die mit dieser Teilidentifikation verbundenen Phantasien und Erlebnisse treten dann in seinen Vorstellungen oder bei seiner psychotherapeutischen Tätigkeit zutage.

Die Identifikation ist außerdem von besonderer Bedeutung, denn sie ist der Grundmechanismus für die nachholende Ich-Entwicklung in ihren verschiedenen Phasen, vor allem bei der Bearbeitung der Libidoregression und -fixierung, die die Reifung und Autonomie des Ichs fördern.

In dem symbolischen Wiedererleben bereits erlebter Situationen und ihrer analytischen Bearbeitung sind die Situationen von größter Bedeutung, die die ersten Familienbeziehungen betreffen.

Gerade dabei hat die Strukturierung der einzelnen Analyse-Momente ganz spezifische Bedeutung. Besonders im Hinblick auf die nachholende Ich-Entwicklung sollte das Moment des Schweigens als spezifisches analytisches Element größere Beachtung finden.

Das Schweigen

Im Rahmen verschiedener psychoanalytischer Konzeptionen kann man das Schweigen unter drei theoretischen Ansätzen untersuchen: Triebpsychologisch, Ich-psychologisch und unter dem Aspekt der Objektbeziehung. Hier möchte ich nur auf die ersten beiden eingehen.

Ursprünglich betrachtete man die Psychoanalyse hauptsächlich als eine Therapie des Es, dem man die Triebwünsche zuschrieb. Die Ich-Struktur hatte in der Psychoanalyse noch keinen Platz. Schweigen wurde deshalb vornehmlich als Nicht-Sprechen betrachtet, als ein Hindernis bei der Analyse, d. h. als Ausdruck irgendeiner Form von Widerstand oder als unbewußter Versuch, die analytische Arbeit zum Scheitern zu bringen. Dieser unbewußte Versuch wurde auf einige für die oralen und analen Stadien der Libido typische Erscheinungen zurückgeführt.

In ihren Anfängen wurde für die Psychoanalyse der Begriff der „talking-cure“ geprägt. Unter den technischen Anweisungen für den Analytiker fand sich auch der Rat, auf Schweigen mit „Gegen-Schweigen“ (*J. Cremerius, 1971*) zu reagieren, oder aber verschiedene, in gewissem Sinne herausfordernde Fragen zu stellen, um den Patienten vom Schweigen zum Sprechen, vom Triebreiz zur Handlung zu bringen. Hinter einer solchen Haltung verbirgt sich die Theorie des Vater-Analytikers, d. h. desjenigen, der weiß, aus welchen Motivationen heraus der Patient die Grundregel der Analyse – nämlich das freie Sprechen – übertritt. Er zeigt darum sein Verständnis durch ein – ich möchte sagen – „erzieherisches“ Verhalten, indem er den Patienten wieder dazu bringt, die „Spielregeln“ gebührend zu beachten. Im Notfall versucht der Analytiker, auf Grund der ihm bereits bekannten Daten über den Patienten, diesem bewußt zu machen, was sich seiner Meinung nach hinter dem Schweigen verbirgt. Im Rahmen der Eigenanalyse kann diese Verhaltensweise mehr oder weniger angebracht sein. Im spezifischen Fall der Lehranalyse dient sie jedoch dazu, das Bild des Lehranalytikers in dessen Aspekten als Vater und Über-Ich wesentlich zu bekräftigen. Denn eben, weil der Analytiker eine Art prästabilisiertes, logisches, fast gesetzmäßig geordnetes Wissen von dem analytischen Prozeß besitzt, regt er den Kandidaten dazu an, diesen Entwicklungsweg zu beschreiten. Fußend auf dem *Freudschen* Konzept der Lebens- und Todestriebe kam *Th. Reik* (1948) zu seinen Gleichungen: Sprechen sei Ausdruck der Liebe und Schweigen Ausdruck des Todes- oder Vernichtungstriebes. Die Fragwürdigkeit dieser Konzeption wurde vor allem durch *G. Ammon* (1970) in seinem Konzept der destruktiven und konstruktiven Aggression deutlich aufgezeigt. Der erste, der seine Haltung diesbezüglich änderte, war wohl *Ferenczi* (1916). Bei Erörterung der formellen Aspekte der Analyse – wie z. B. averbales Verhalten des Patienten und die Erlebnisse, die ein solches bedingen – rät er, das Schweigen zu berücksichtigen und im analytischen Prozeß der einzelnen Patienten eine Erklärung dafür zu suchen. Erst die Ich-Psychologie zeigte einen neuen Ansatz, das Schweigen in der Analyse

zu verstehen. Sowohl Sprechen als auch Schweigen werden in ihr im theoretischen Rahmen des Ödipuskomplexes als Kommunikationsversuch gesehen. In Weiterentwicklung der Theorie der Abwehrmechanismen (*A. Freud*, 1936) entwickelte *E. Kris* (1952) das Konzept der Abwehrmechanismen als Anpassungsversuch und der Regression im Dienste des Ichs. Unter diesem Aspekt stellt sich das Schweigen als eigenständiges Element in der Analyse dar und muß auch als solches akzeptiert werden. Aus dem Verständnis des Schweigens als Ausfall von Ich-Funktionen ergeben sich Konsequenzen technischer Natur. *J. Cremerius* (1971) rät dem Analytiker, den Patienten dazu zu bringen, das Schweigen mit Worten auszufüllen. Gestützt auf die neuesten Erkenntnisse der Linguistik versuchte man in Weiterentwicklung dieses Ansatzes auch für das Schweigen einen eigenen semantischen Kodex zu finden.

Wie bereits anfangs betont, so erscheint mir noch heute eine Trennung von Eigen- und Lehranalyse recht schwierig. Jedoch möchte ich hier die Aspekte hervorheben, die meines Erachtens das Problem des Schweigens gerade in der Lehranalyse besonders wichtig machen. Ich denke, daß die bisher von mir erwähnten Theorien trotz ihrer spezifischen Differenzen zwei Elemente gemeinsam haben: alle sehen das Schweigen als einen eher negativen Faktor, das heißt, als Nicht-Sprechen-Können oder -Wollen an. Vernachlässigt wird dabei, daß Schweigen als Stille oder Ruhe auch durchaus positive Aspekte haben kann. Ein neues Verständnis des Schweigens in der Analyse eröffnet sich unter Berücksichtigung der Theoriebildungen von *G. Ammon* (1972), besonders seines Aggressions- und Kreativitätskonzeptes und der Entwicklung der Ich-Struktur in der Gruppe.

Schweigen und Ich-Entwicklung

Vor allem sehe ich das Schweigen, d. h. das Nicht-Sprechen als eine ganz autonome Ich-Funktion an, die genau wie das Sprechen ihrem Wesen nach einen normalen Faktor der kognitiven Struktur der Persönlichkeit darstellt und daher im Zusammenhang mit der Geschichte des Analysanden und dem Verlauf der Analyse als jeweils spezifisches Symptom für Normalität, Kreativität oder Pathologie zu deuten ist. In diesem Sinne wäre meines Erachtens zu erwägen, wie weit auch das Nicht-Schweigen-Können, ähnlich wie das Nicht-Sprechen-Können, eine pathologische Ich-Funktion darstellt. Wenn wir diese Funktion in die Geschichte der Persönlichkeit einfügen, so wie sie beim analytischen Prozeß erlebt wird, wird deutlich, daß sich in der Übertragung der Rolle des Vaters und Über-Ichs auf den Lehranalytiker in der analytischen Situation die Dynamik der Primärgruppe widerspiegelt. Dazu sind verschiedene Überlegungen notwendig: Ge-

netisch gesehen kommt das Schweigen vor dem Sprechen. Also wäre das Schweigen in den ersten Phasen der Analyse – wobei unter den „ersten“ Phasen nicht nur der zeitliche Begriff gemeint ist, sondern vielmehr die Anfangsphase der psychischen Ich-Entwicklung vom Gesichtspunkt der Mutter-Kind-Beziehung – zu untersuchen. Für sie ist das Schweigen charakteristisch, indem es die Stille im Sinne von Ruhe dieser frühen Beziehung widerspiegelt. Das Sprechen, das genetisch schon zu einer weiteren Entwicklungsphase gehört, wäre sodann auf seine Qualität und seine Inhalte hin zu untersuchen. Mir scheint also, daß man die Situation im gewissen Sinne umkehren müßte und die Qualität des Sprechens mindestens mit der gleichen Aufmerksamkeit analysieren sollte, wie die Qualität des Schweigens. In der ersten Phase erlebt nämlich das Kind seine Umweltbeziehungen deutlicher und direkter: vor allem sein eigenes Verhältnis zum Vater und das Verhältnis zwischen Vater und Mutter.

Hier müssen wir meines Erachtens *Ammons* Theorie über die Aggressivität einsetzen: das Wort stellt den Versuch dar, eine neue Art Beziehung anzuknüpfen, die – je nachdem, ob es von der Mutter als kreativer Abgrenzungsversuch gefördert oder als Bedrohung der für die Mutter notwendigen Symbiose feindselig abgewehrt wird – die Aggression in konstruktive oder destruktive Bahnen lenkt. All dies spiegelt sich zweifellos in der Analyse wieder und gestattet es dem Analytiker, Sprechen oder Schweigen des Patienten auf neue Art zu verstehen.

Schweigen als Manifestation einer nicht ausdrücklichen Antwort bringt nämlich gerade die an die Primärgruppe gebundenen Erfahrungen wieder zutage, welche Aggression auslösen und sie entweder konstruktiv oder destruktiv werden lassen. Wenn die Frustration und die unklare Antwort darauf in der analytischen Situation wiedererlebt werden, so bietet das Schweigen gewöhnlich Anlaß zu einer ganz besonders bedeutungsvollen und vielseitigen Bearbeitung.

Somit muß das Konzept des Schweigens dieser Voraussetzung zufolge als autonomes Konzept aufgefaßt werden. Das Schweigen wird in der Tat – je nach der Qualität der Aggressivität – entweder zum kreativen Raum für die Ich-Entwicklung oder repräsentiert ein „Loch im Ich“. Im ersteren Fall, wo das Schweigen möglicherweise ein Indiz ist, d. h. ein Raum, wo die Aggressivität konstruktive Entwicklungsmöglichkeiten findet, kommt es zum Beispiel zu Einsichten; im zweiten Fall werden wir bemerken, daß der Patient auf sich selbst konzentriert ist, dazu neigt, das analytische Verhältnis zu zerstören, oder aber, daß seine Ich-Grenzen in der Auflösung begriffen sind und er eben gerade durch sein passives Schweigen versucht, wieder zum symbiotischen Verhältnis mit dem Mutter-Analytiker zurückzukehren.

Wenn man vom Standpunkt der analytischen Technik aus versucht, die Qualität des Schweigens beim Patienten zu verstehen, so muß man das analytische Verhältnis anders gestalten. Vor allem muß der Analytiker seine Interpretationen so wählen, daß er das Wachstum des Patienten fördert und er muß daher sein Sprechen oder Schweigen ganz der Qualität des Schweigens beim Patienten anpassen. Diese Dimension ist besonders wichtig in der Lehranalyse. Zwar werden in jeder Analyse, durch die Identifikationsprozesse, hauptsächlich die an die Ödipusphase und an die Entwicklung der Triebkraft gebundenen Primärerfahrungen wiedererlebt und umstrukturiert. Jedoch muß all dies in der Lehranalyse im Sinne einer nachholenden Ich-Entwicklung so strukturiert werden, daß der Analysand seinerseits in die Lage versetzt wird, ein Identifikationsmodell für den Patienten zu werden und der Destruktivität in der analytischen Arbeit standhalten zu können.

Schlußfolgerungen

Heute sind wir uns alle darüber einig, wie wesentlich ein autonomes Ich für die analytische Arbeit ist. Ich halte es dafür für äußerst wichtig, bei den Ausbildungskandidaten das Schweigen als eine Funktion der Ich-Autonomie sich entwickeln zu lassen, die sie unter anderem für averbale Mitteilungen möglichst hellhörig macht. Genauso wichtig ist es, die „Löcher im Ich“ wieder zu schließen, die sich vielleicht symbolisch hinter dem Schweigen des Ausbildungskandidaten verbergen. Ihre Bearbeitung in der Lehranalyse ist von besonderer Wichtigkeit, da erst die Strukturierung Ich-defizitärer Persönlichkeitsanteile die Schaffung von flexiblen Ich-Grenzen ermöglicht, die zwar für die Realität durchlässig sind, aber trotzdem die Unversehrtheit der Persönlichkeit gewährleisten.

Daher lohnt es sich meiner Meinung nach, das Thema des Schweigens wieder aufzunehmen und zu versuchen, es auf neue Weise in seiner Funktionalität zu verstehen.

Silence in Training Analysis

Lucio Pinkus

The identification process set in motion by training analysis actually already represents a basic mechanism inherent in compensating for a deficient ego development, in which the maturation and autonomy of the ego are promoted through the reawakening and conscious experiencing of libidinal regressions and fixations. This process, on

drive-development level, corresponds to a conscious experiencing and revival of pre-oedipal problematics, the significance of which becomes particularly apparent in the specific moment of silence during the training analysis. On a drive-psychological level, a resistant silence, in the sense of not wanting or not being able to speak, presents itself on a pre-oedipal level either as the expression of a structural deficit or as a reawakening of the preverbal mother-child-symbiosis. In the sense of dealing with a verbal communication, silence can also be understood as a sign of ego-autonomy, just as speaking can represent resistance. This points to the importance of a differentiated analysis of silence as well as speaking, particularly with regard to the dynamics of destructive and constructive aggressions prevailing in the psychoanalytical process, since these dynamics are not explained by the concept of speaking as an expression of libidinal tendencies and silence as an expression of the death wish. It is particularly important that silence be worked on in a differentiated manner during training analysis. If silence, as an expression of a structural deficit, is thoroughly dealt with and worked on, it can provide the analyst with building blocks to help him attain the ego autonomy so necessary in his profession and in structuring flexible ego limits.

Literatur

- Ammon, G.* (1969): Herrschaft und Aggression. In: *Dyn. Psychiat.* (2) 122–133
 – (1970): Gruppendynamik der Aggression – Beiträge zur psychoanalytischen Theorie (Berlin: Pinel-Publikationen)
 – (1970): Ich-Struktur und Gesellschaft. In: *Dyn. Psychiat.* (3) 65–76
 – (1972): On the Use and Abuse of Training Analysis. In: William Alanson White Inst. Newsletter (VI) 4
 – ,Hrsg. (1972): Gruppendynamik der Kreativität (Berlin: Pinel-Publikationen)
Balint, M. (1948): Il sistema didattico in psicoanalisi. Comunicazione alla Società Inglese di Psicoanalisi, presentata il 5 nov. 1947, pubblicata in: *Int. J. Psychoanal.*, (29). Trad. it. ed. Guaraldi, 1974
 – (1954): Formazione analitica e analisi didattica. Intervento al 18. Congr. Int. di Psicoanalisi, Londra, 1953. Pubblicato in: *Int. J. Psychoanal.* (35). Trad. it. ed. Guaraldi (1974)
Cremerius, J. (1971): Il silenzio dell'analista. In: *Psicot. e Sc. Umane* (4)
Ferenczi, S. (1916): Schweigen ist Gold. Bausteine II (Leipzig: Int. Psychoanal. Verlag, 1929)
Freud, A. (1936): Das Ich und die Abwehrmechanismen (London: Imago)
Kris, E. (1952): *Psychoanalytic Exploration in Art* (New York: Int. Univ. Press)
Reik, T. (1948): *Listening with the Third Ear* (New York: Farrar-Straus)
Schaefer, R. (1968): *Aspects of Internalisation* (New York: Int. Univ. Press)

Adresse des Autors:
 Prof. Lucio Pinkus
 Via Lorenzo il Magnifico, 25
 I-00199 Rom

Therapist's and Patient's Speech-Pause Behavior and the Psychotherapy Session

Erich Brähler* and Gerd Overbeck**

Der folgende Beitrag steht im Zusammenhang eines psycholinguistischen Forschungsprogramms mit dem Ziel, psychotherapeutische Prozesse zu objektivieren. Dabei handelt es sich um die Analyse des Sprech-Pausenverhaltens von Therapeut und Patient in psychoanalytischen Sitzungen. In vorangegangenen Untersuchungen sind bereits erbrachte Daten von den Autoren an klinischem Material getestet worden, insofern sie für dessen Interpretationsmöglichkeiten, für die Differentialdiagnose, für die Konstanten generellen Sprechverhaltens wie im Hinblick auf Aspekte möglicher Signifikanz für eine bestimmte Typologie klinischer Krankheitsbilder relevant waren. Eines der Ziele dieser Forschungen ist es zudem gewesen, mit Hilfe empirischer Methoden die Validität psychoanalytischer Hypothesenbildungen zu bestätigen oder zu falsifizieren. In den vorliegenden Analysen wollen die Autoren allerdings weniger direkte Schlüsse aus dem Ablauf therapeutischer Prozesse ziehen, als vielmehr formale Gleichförmigkeiten von Sprechvariablen, soweit sie in analytischen Interaktionen feststellbar sind, als Indizes für die methodologische Tragfähigkeit von on-off-patterns verwenden; hierbei beziehen sie sich auf den bekannten Therapeutenbericht von Howard und Orlinsky. Die Autoren haben die in den Sitzungen rekognoszierten Variablen des Sprechverhaltens auf sechs Relationen reduziert; danach werden die Beziehungen von Sprechen und Sprechpausen für die Einschätzung der Qualität psychotherapeutischer Analysestunden bedeutsam; Wertungen der analytischen Arbeit resultieren des weiteren aus Relationen zwischen den quantitativen Sprechanteilen von Therapeut und Patient im Verhältnis zu der gesamten Zeit, in der Sprechen realisiert wurde. Reaktionspausen und Initiativphasen beim Sprechen sind für die Beurteilung der Effizienz des Analyseverlaufs ebenso signifikant wie eine für längere Zeit ununterbrochene Kontinuität monologischer Redeeinheiten mit anschließender Pause, und zwar sowohl für die Wertvorstellungen des Patienten wie des Therapeuten. Die quantifizierende Zuordnung von Sprechen und Sprechpause erhält am Ende der Untersuchung eine qualitative Dimension, wenn Schlußfolgerungen auf Aktivität, Konzentration und logisches Denken in Aussicht gestellt werden. Darüberhinaus läßt die Betrachtung von Sprechvariablen auch Rückschlüsse auf die Atmosphäre und die Inhalte des Therapeut-Patienten-Dialoges zu. Aufs Ganze gesehen rücken im übrigen psycholinguistische Forschungsansätze dem Psychoanalytiker die zentrale Bedeutung der Sprache für metapsychologische Konzeptionsbildungen und ihre praktischen Folgen ins Blickfeld.

The present study is part of a research program in psycholinguistics which has for the past few years been working on the objectification of psychotherapeutic processes. So far this has chiefly been concerned with analyzing the speech-pause behavior of therapist and patient (on-off patterns). The data obtained have been tested on clinical examples for its interpretability (*Overbeck, Brähler, Braun, Junker, 1974*), its differentiation (*Junker, Overbeck, Brähler, 1974*), its relation to general speech behavior (*Brähler, Overbeck, Braun, Junker, 1974*) and its potential significance for certain types of clinical picture (*Overbeck, Brähler, 1974*). One problem in our enquiries so far has been that psychoanalytical constructs have always played a dominant role, while our studies of speech data have been more

*Dr. Dipl.-math., Zentrum für Psychosomatische Medizin der Universitätsklinik Gießen

**Dr. med., Zentrum für Psychosomatische Medizin der Universitätsklinik Gießen

or less restricted to the single aim of finding out whether they could in some way support these hypotheses or not. Drawing direct conclusions about therapeutic processes on the basis of these formal speech variables themselves, seemed to us too risky so long as nothing certain was known about the validity of on-off patterns. It is therefore the aim of this investigation to find out more about the informative potential of on-off patterns and their general capacity to make statements about processes in psychotherapy sessions. To this end the speech-pause behavior was related to another semi-objective procedure, the Therapy Session Report (TSR) developed by *Howard and Orlinsky* (1972).

Method

Throughout each of a series of analytically oriented individual psychotherapy sessions the speech-pause behavior of patient and therapist was registered automatically by means of the Giessen speech analyzer, i.e. both partners' speech behavior was measured in terms of the presence and absence of speech (for a detailed account of the functioning of this analyzer, see *Brähler and Zenz*, 1974). Also, at the end of each session, both patient and therapist completed the *Therapy Session Report**, in which content, problems and outcome of the hour were recorded, expectations regarding the therapy formulated, and their partner's as well as their own behavior and personal feelings assessed (cf. *Howard, Orlinsky and Hill*, 1968, 1969, 1970 a and b; *Hill, Howard and Orlinsky*, 1970; *Overbeck and Brähler*, 1974). The results reported here are based on 29 therapy hours for which both questionnaires and tape-recordings are available in full. As each session produced 26 speech variables for each partner, a certain reduction of data has been unavoidable. Thus, for the purpose of illustration in this study, only a few of the speech variables have been selected, each of which has then been related to all 158 items of the TSR by time-lag correlation. All correlations with a coefficient of over $r = 0.37$ ($p < 0.05$) are reported in the section on results.

In the time-lag correlation a problem of interpretation arose, however, which should be mentioned first. Let us take as an example the correlation of $r = 0.52$ between much talking in a session and a good evaluation of the hour by the therapist. As treatment progresses, session evaluations improve steadily ($r = 0.39$) and the quantity of speech in each session increases ($r = 0.30$). The objection can be raised here, that both variables simply increase with time but that relationships between them independent of the time factor are not proved. However, since psychotherapy sessions always

*Copyright by Psychotherapy Session Project 1966. All property rights reserved by the Psychotherapy Session Project, 907 South Wolcott Avenue, Chicago, Illinois, USA.

take place in series within the time dimension, it would not be meaningful to partialize out the time effect.

A further difficulty which arose in the time-lag correlation was the problem of serial dependence: the values for session X could be dependent on those for session X - 1. As there are no practicable methods which fully account for time series, the basic time-lag correlation for describing relationships must be taken as optimal (Fahrenberg et al., 1971).

Results

1. The Relation of Speech and Pauses to Assessment of the Psychotherapy Session

a) Sessions with a high percentage of speaking time (ie. little time made up of pauses throughout the hour) were assessed by the therapist as follows:

These sessions were evaluated* as good (see figure 1). The therapist reports that much of the dialogue in such sessions centred on the topic of childhood and little on somatic complaints (see figure 1); the patient

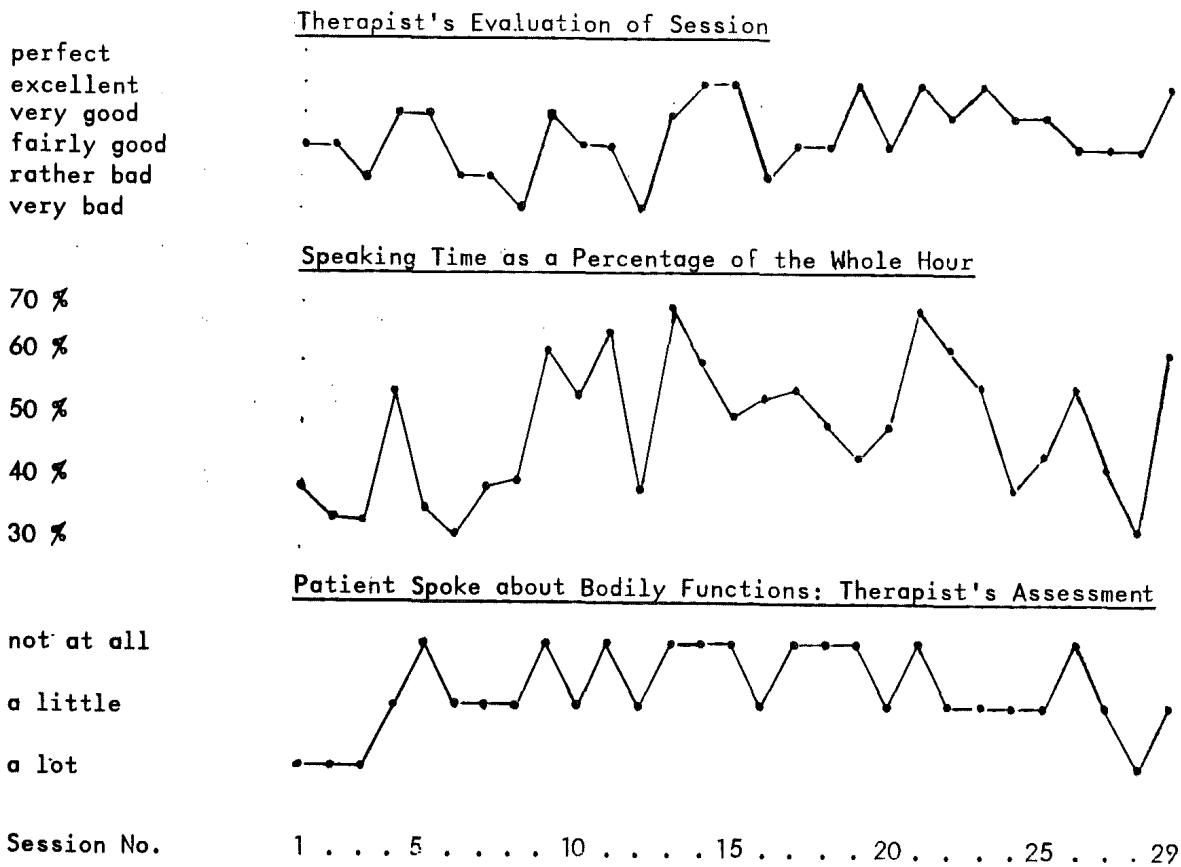


FIG. 1

*The spaced words correspond roughly to the sections of the TSR: evaluation; topics of dialogue; wants (expectations); problems of the session (concerns); patient's feelings; patient's behaviour (style of relating); results of the session (satisfactions); therapist's feelings; and therapist's behaviour.

wanted personal attention and a lot of reassurance and was not evasive. In the therapist's estimation the patient felt good (relieved, grateful, relaxed, trusting, affectionate, accepted) and his behavior was spontaneous, concentrated, initiating, voluble and relatively uncontrolled. The therapist's goal in such sessions was more to support the patient's self-esteem and less to help him give expression to his feelings. The therapist describes his own behavior in these hours as relatively uncritical, very affectionate, and helpful; he talked about his own feelings and felt that he had a good emotional relationship to his patient. He felt close, effective, pleased and optimistic.

b) The patient assessed sessions with a high percentage of talking as follows:

Loneliness and isolation were not a problem for him. He felt neither withdrawn, closed, inhibited or annoyed. He judged his own behavior as having shown great volubility, initiative, spontaneity, logicity, concentration and good motivation towards the session. Reassurance, help and initiative from the side of the therapist were judged by the patient as minimal.

2. Patient's and Therapist's Contributions to the Total Speaking Time in Relation to Session Assessment

a) Where there was a high degree of participation by the patient in the total speaking time of a session (i.e. therapist's contributions minimal = 100 %), the hour was judged by the therapist as follows:

The patient spoke a great deal on the topics of work, career and financial troubles. In the therapist's view, he did not really want to gain more understanding of the reasons behind his problematical feelings, but neither did he feel depressed or discouraged. The therapist tended to agree with the patient but felt not very thoughtful, concerned or effective.

b) The patient's assessment of sessions in which he spoke for much of the time was as follows:

He talked a lot on the topic of financial problems and little about unusual ideas or his feelings as a patient. From the session he wanted to gain more self-control and his career aspirations were a problem for him. He felt more strange and helpless and less relieved, affectionate and serious; he had difficulty in thinking about things that he would have liked to talk about. The session resulted in no positive change in his thoughts and feelings. He thought that the therapist felt less expansive and effective.

3. The Relationship between Patient's "Reaction Time" (pauses beginning after therapist has

finished speaking and ending when patient starts speaking) and Session Assessment

a) Where the mean duration of the patient's reaction pauses was relatively long, the session was assessed by the therapist as follows: The patient spoke more on the topic of somatic complaints. In the therapist's opinion he wanted more to be told what he should do and felt depressed, disappointed, hurt, withdrawn, (see figure 2) helpless and less able to cope. The therapist described his own feelings as less relaxed and very alert.

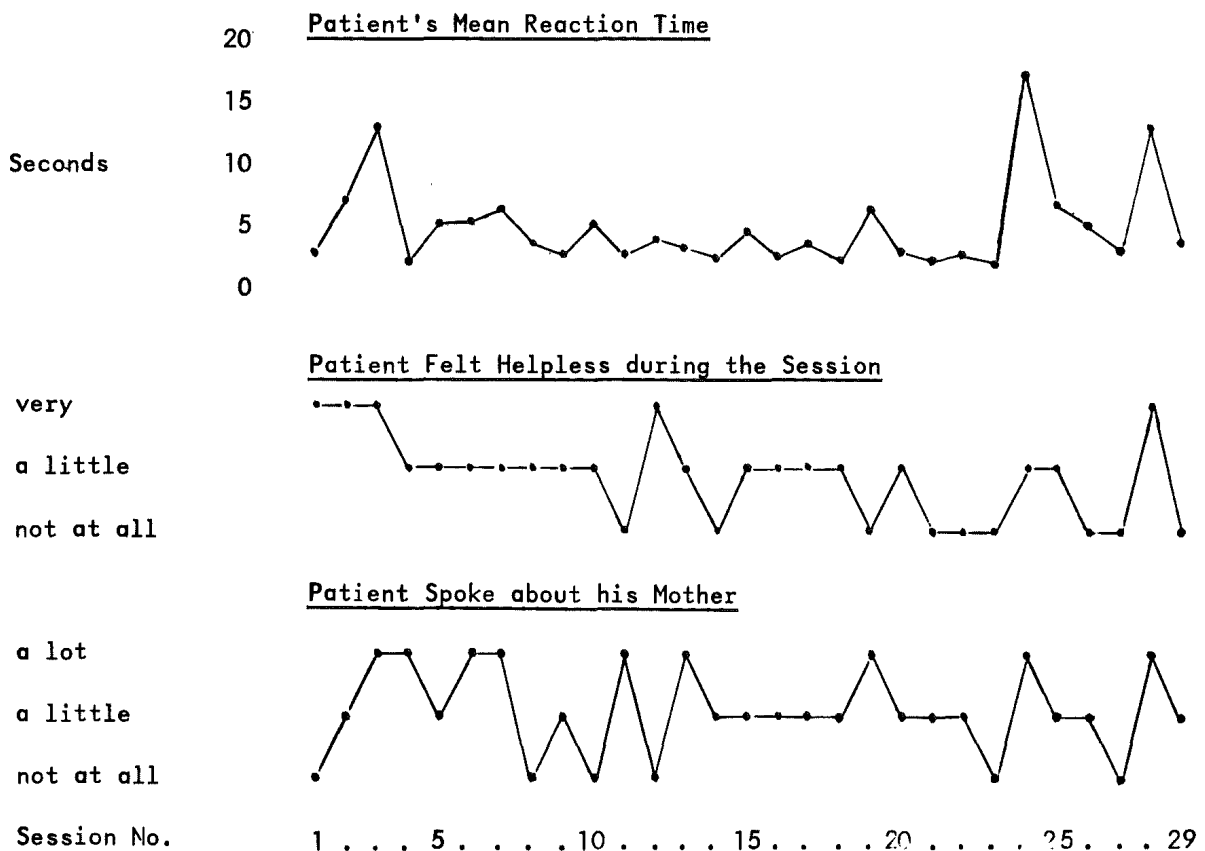


FIG. 2

b) Where the patient's mean reaction time was long, the session was assessed by the patient himself as follows:

He spoke more on the topic of his relationship with his mother (see figure 2). He wanted relief from tension and unpleasant feelings rather than to get a particular problem off his chest or to gain confidence to try to do things differently. He spoke little and felt on the one hand helpless and withdrawn, on the other grateful and sexually attracted. The patient judged relief from tension as the most important result of the session. He experienced the therapist as being pleased and optimistic, but at the same time as not very understanding and very demanding.

4. The Relationship between Patient's Initiative Time (pauses beginning after patient has spoken and ending with his speaking again) and Session Assessment

a) Sessions in which the patient's mean initiative time was relatively long were assessed by the therapist as follows: These sessions were evaluated as bad (see figure 3). The patient spoke little on the topic of his feelings as a patient and husband, but was very much preoccupied with the problem of "being a father". In the therapist's view the patient felt helpless, inhibited and disappointed, and not relaxed or relieved. He spoke little, showed little spontaneity and initiative, could not express his feelings and was dissatisfied with his own behavior. The therapist himself experienced the sessions as tiring; he also spoke little, felt that there was not a good relationship between himself and the patient and found his own behavior neither helpful nor supporting. He felt bored, irritable, disappointed, tired and dissatisfied.

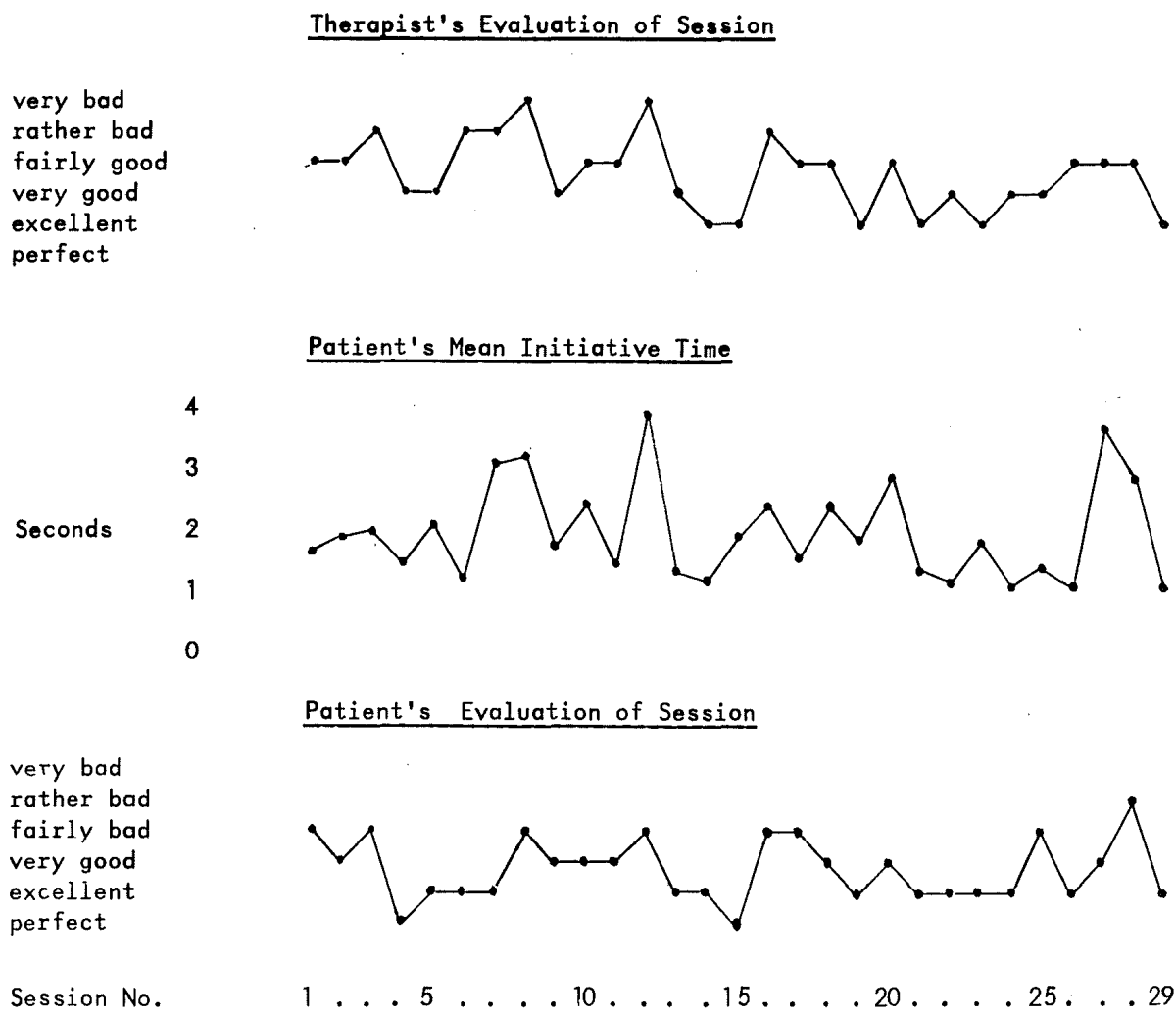


FIG. 3

b) Where the patient's mean initiative pauses were long, the patient himself gave the following assessment of the session:

He evaluated the session as bad (see figure 3). In his view he spoke very little on the topics of his relations with his mother and with the opposite sex or of his childhood and adolescence. He felt tearful, confused, disappointed, guilty, trusting and not very pleased. Assessing the results of the session, he felt he got little understanding of the reasons behind his behavior and feelings and little self-confidence. He experienced the therapist as unrelaxed, bored and uninterested.

5. The Relationship between Therapist's "Uninterrupted Speech" (therapist's contribution beginning after a pause and ending with a pause) and Session Assessment

a) The therapist assessed sessions in which his speech units were long as follows:

The topic of dialogue centred on dreams or phantasies. The patient wanted less to talk about his behavior. Identity and aspirations in his career seemed to be hardly a problem. In the therapist's estimation the patient felt relaxed and relieved and showed initiative. In these sessions the therapist did not work much in the direction of direct help and relief, or of discussing behavior. As to his own behavior, he felt he expressed feelings himself more.

b) Where the therapist's speech units were long, the session was judged by the patient as follows:

The patient was less concerned about gaining self-control and felt that he was being confronted with his responsibilities. In these sessions being unloved was not a problem to him. He felt not at all strange, and thought he did well in the session and that he had enjoyed coming. He experienced the therapist as not at all negative or critical in his attitude.

6. The Relationship between Patient's "Uninterrupted Speech" (patient's contribution beginning after, and ending with, a pause) and Session Assessment

a) Where the patient's speech units were long, the therapist assessed the session as follows:

The patient was not evasive and wanted neither advice nor personal attention. He talked on a specific subject. The therapist thought that the patient felt relieved, relaxed and affectionate, and not inhibited, helpless or embarrassed. He spoke a lot, showed concentration and initiative and was not hostile towards the therapist. The therapist himself was mostly not aiming to offer direct help or to talk about behavior, and spoke little. He felt relaxed and affectionate.

b) Sessions in which the patient's speech units were long were assessed by the patient himself as follows:

He did not talk much on the topics of his relations with the opposite sex and was not wanting help in talking about things that were troubling him or relief from tension and unpleasant feelings. Meaning little to others or 'being able to give of himself' were not problems which bothered him in these sessions. On the other hand, he was very concerned about his obligations. He did not feel strange, withdrawn or inhibited. He talked a lot, was logical and spontaneous, enjoyed coming to the session, and was not critical in his attitude towards the therapist.

Discussion

As only certain aspects of the relationship between speech variables and the items in the Therapy Session Report have been reported here, we shall now explain briefly the basic thinking behind our choice of these particular variables. The relation of speaking to pauses during the whole session was intended first of all quite generally to show how sessions with much talking (i.e. short and relatively few pauses) are experienced by patient and therapist. But the total amount of speaking in a session is obviously a very crude speech variable, so we went on to study how this speaking time was divided between patient and therapist. For inclusion here we have chosen the situation in which the patient's contributions account for a high percentage of the total speaking time, and related it to the TSR items. On the basis of these two speech variables, one can already draw a few indirect conclusions, such as what the assessment is likely to be for a session in which either the therapist or patient talks a lot or a little in relation to the total speaking time (even if these are not exactly the same), and so it was for this reason that we decided not to report the details of these results here as well. Instead, we wanted to show how it is possible to differentiate speech and pauses still further, which we did by singling out the patient's reaction and initiative times from the pauses registered, and therapist's and patient's "uninterrupted speech units" from the speaking times, and relating each of these independently to the Therapy Session Report.

What are our general conclusions as to the usefulness of the speech variables registered in a therapy session? They appear to be able to offer various kinds of information. First, they provide an objective measure of the speech behavior of both partners. This means not only that they record who talks when and how much, and how this is related to the session and the other partner, but also that they can measure further aspects of speech behavior such as activity, concentration, logical thinking etc. most efficiently, as our results have shown. In addition, the speech variables have proved to be very closely related to some of the TSR items which record stereotyped attitudes shared by therapist and patient. Thus, for example, a

session in which there was a lot of talking is readily evaluated by both as good: the therapist feels effective and helpful and the patient feels generally at ease and well understood.

A further advantage of speech variables is that they also give a good reflection of the atmosphere of a session. For example, a session in which a great deal is said is associated with activity and support from the side of the therapist and a positive desire for collaboration in the patient; the atmosphere is friendly, warm, optimistic and confident. Quite different are the sessions in which the patient needs long reaction times: here the patient is tense, depressed and struggling to comprehend the therapist who is facing him with demands and concentration. This is a situation of confrontation and working over problems. Then again, in sessions in which the patient's initiative pauses are long, the atmosphere is clearly pervaded by the inhibitedness and helplessness felt by the patient and the therapist's tiredness and boredom.

Although speech variables are formal criteria, it is interesting to note that they can also give information as to the content of dialogue. In sessions in which the patient talks much of the time, often without interruption, the topic is reported by patient and therapist to be mainly concerned with career, financial problems and everyday affairs. In spite of the relaxed atmosphere, nothing unusual develops, there is no noticeable progress in therapy and the sessions are evaluated as not especially good. Where the patient takes a long time to react, on the other hand, dialogue tends to be more concerned with the patient's relations to his mother and somatic disturbances. These sessions are associated with tension and depression but are at the same time assessed as producing better results and the patient is more grateful. Finally, the therapist's contributions tend to be particularly long ("uninterrupted speech") when dialogue centres on the patient's dreams or phantasies; this may be interpreted as reflecting a special personal or professional response to the situation on the part of the therapist.

These examples should be sufficient to demonstrate the informative value and validity of on-off patterns. Of course, it goes almost without saying that any conclusions as to the content of a session presuppose a considerable knowledge about the specific psychotherapy in question and then are always only valid for one particular doctor-patient relationship. However, this said, it looks as though the prospect of some day being able to decode the processes in a particular therapy session with the help of speech variables which have been registered automatically by the Giessen speech analyzer during the session and are available immediately after it, is altogether feasible.

Das Sprechpausenverhalten von Therapeut und Patient in der psychotherapeutischen Sitzung

In Anlehnung an den Therapiesitzungsbericht von *Howard* und *Orlinsky* und unter Verwendung von Methoden des Gießen-Tests bemühen sich die Autoren aus dem Sprechverhalten und im Blick auf Verteilung bzw. Häufigkeit von verbalen Elementen in der analytischen Beziehung von Therapeut und Patient, Schlußfolgerungen für subjektive Einschätzungen und für die objektive Valenz psychoanalytischer Prozesse überhaupt zu ziehen. Das Schwergewicht liegt hier freilich weniger auf Hilfen für methodologische Abgrenzungen psychotherapeutischer Konzepte und auch nicht für inhaltliche Kriterien, die Effektivität der therapeutischen Arbeit am Ende einer analytischen Behandlung werten zu können, als vielmehr im Rahmen begrenzter Forschungsgebiete den Anwendungsradius von On-off-Patterns herauszufinden und die psycholinguistisch zu begreifenden Abläufe beim Sprechen und bei den Sprechpausen in einer für den jeweiligen Interaktionszusammenhang signifikanten Weise zu systematisieren. Die möglichen Variablen der Sprech-Pausen-Intervalle werden auf sechs konstante Relationen zurückgeführt, welche die Verfasser nacheinander diskutieren. So ist zunächst einmal die Beziehung von Sprechen und Pause generell von einer charakteristischen Bedeutung für die Wertung einer therapeutischen Sitzung, – wird sie nun aus der Sicht des Patienten oder des Therapeuten gesehen. Es bleibt allerdings außerhalb der Fragestellung, ob eine von beiden Seiten als „gut“ erlebte Sitzung auch eine entsprechende, über eine längere Dauer nachzuweisende therapeutische Qualität besitzt. Als zweite konstante Relation wird die gesamte zum Sprechen disponible Zeit im Verhältnis zu den realisierten Sprechanteilen zu Grunde gelegt, insofern sie auf den Therapeuten oder den Patienten entfallen. An dieser Stelle zeichnen sich Unterbeziehungen ab, zwischen den Inhalten des Gesagten und der formalen Dichte der jeweiligen Verbalisierung: ein Patient vermag häufig und lange über finanzielle Probleme zu sprechen, während ihm dies im Hinblick auf seine Gefühle weniger gelingt, welche ihm mit vermehrten Sprechanteil wiederum der Therapeut interpretieren muß. Wichtig ist auch die Beziehung zwischen der Reaktionszeit des Patienten nach einer Sequenz des Therapeuten sowie vor dem Beginn einer eigenen Antwort und der Einschätzung der gesamten Sitzung. Die Länge der Reaktionsintervalle ist in der Regel kennzeichnend für Spannungen und Widerstände des Patienten, deren Auflösung er als Hauptziel der betreffenden Sitzung erachtet und danach deren Wert beurteilt.

Bedeutsam für ein derartiges Werten ist daher die Summe und Frequenz der Initiativzeiten des Patienten zwischen Beendigung und Wiederaufnahme des Sprechens; hieraus kann der Therapeut entnehmen, inwieweit sich der Patient frei oder gehemmt fühlt, über wichtige Probleme zu kom-

munizieren; der Patient seinerseits betrachtet die Initiativzeiten in der Regel als Kriterium für eine „gute“ bzw. „schlechte“ Sitzung. Die analoge Fragestellung kann selbstverständlich auch auf den Therapeuten angewandt werden. Ein initiatives Redekontinuum des Therapeuten mag diesen selbst in seiner Funktion bestätigen, den Patienten jedoch mehr an seine Verantwortlichkeit mahnen. Schließlich ist eine längere Folge ununterbrochener Rede für den Patienten sehr oft Index für die Dringlichkeit seiner Schwierigkeiten, deren Ausdrucksermöglichung in der therapeutischen Situation ihm jedoch das befriedigende Gefühl eigener Spontaneität verleiht. Der Therapeut wird auf die verbale Offenheit des Patienten in der Hauptsache mit dem Bewußtsein reagieren, daß seine Behandlung einen guten Fortgang nimmt. Aufs Ganze gesehen lassen sich aus dem Raster der hier entwickelten Beziehungen, welche im wesentlichen auf die Einschätzungskriterien und deren Motive therapeutischer Sitzungen beim Patienten und beim Therapeuten orientiert sind, Informationen gewinnen, die eine objektive Bemessung des Sprechverhaltens, Reflexionen über Standards stereotypisierter Selbstdarstellungsweisen sowie atmosphärische Imponderabilien und schließlich eine Aufstellung gesetzmäßiger Übereinstimmungen zwischen den formalen Bedingungen von Sprech-Pausen-Abfolgen und den ihnen entsprechenden Dialoginhalten vorbereitet

Literatur

- Brähler, E. ; Overbeck, G.; Braun, D.; Kunker, H. (1974):* Was kann die mathematische Analyse des Sprech-Pausen-Verhaltens (on-off-pattern von Arzt und Patient für die Beurteilung von Psychotherapien leisten? In: *Z. Psychosom. Med. Psychoanal.* (20) 148–163
- ; *Zens, H. (1974):* Apparative Analyse des Sprechverhaltens in der Psychotherapie. In: *Z. Psychosom. Med. Psychoanal.* (20) 328–336
- Fahrenberg, J.; Myrtek, M.; Müller, W.; Lazarus, H. (1971):* Beiträge zur psychophysiologischen Methodik, Konstitutionsforschung, Zeitreihenforschung. Arbeitsbericht der Forschungsgruppe Psychophysiologie Freiburg
- Hill, J. A.; Howard, K. I.; Orlinsky, D. E. (1970):* The Therapist's Experience of Psychotherapy: Some Dimensions and Determinants. In: *Multivariate Behavioral Research*, 435–451
- Howard, K. I.; Orlinsky, D. E.; Hill, J. A. (1968):* The Patient's Experience of Psychotherapy Some Dimensions and Determinants. In: *Multivariate Behavioral Research*, Special Issue, 55–72
- ; —; — (1969): Contents of Dialogue in Psychotherapy. In: *J. Counseling Psychol.* (16) 396–404
- ; —; — (1970a): Affective Experience in Psychotherapy. In: *J. Abnormal Psychol.* (75) 267–275
- ; —; — (1970b): The Patient's Concerns in Psychotherapy. In: *J. Clin. Psychol.* (26) 104–111
- ; —; — (1972): Psychotherapeutic Processes. In: *Annual Rev. Psychol.* (23) 615–668
- Junker, H.; Overbeck, G.; Brähler, E. (1974):* Vergleich und Interpretation des formalen Sprachverhaltens (on-off-pattern) zweier Psychotherapien. In: *Z. Psychother. med. Psychol.* (24) 163–175

- Overbeck, G.: Brähler, E. (1974): Eine Beobachtung zum Sprechverhalten von Patienten mit psychosomatischen Störungen. In: Dyn. Psychiat. (7) 100–107*
- ; —; *Braun, P.; Junker, H. (1974): Über die Anwendung eines Sprachanalyseverfahrens (on-off-pattern) in einer laufenden Psychotherapie. In: Psyche (28) 815–832*
- ; — (o. J.): Der Therapiesitzungsbericht (TSB) als Instrument der Psychotherapiekontrolle. In: *Z. Psychother. med. Psychol.* (im Druck)

Adresse der Autoren:

Dr. Dipl.-Math. Erich Brähler

Dr. med. Gerd Overbeck

Zentrum für Psychosomatische Medizin am Klinikum der Justus-Liebig-Universität,

Ludwigstraße 76

6300 Gießen

Comprehensive Psychosomatic Training for Internists (at University Level)***

Yujiro Ikemi* and Hiroyuki Aoki**

Die Autoren gehen von der heutigen Situation der psychosomatischen Medizin in Japan aus und beschreiben die Ausbildung am Department für Psychosomatische Medizin an der Kyushu-Universität, wo Internisten in einem Postgraduate-Studium Psychosomatik erlernen und mit verschiedenen Behandlungsverfahren vertraut gemacht werden. Es werden sowohl Therapieformen westlicher Herkunft wie Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Autogenes Training und Biofeedback als auch östliche Verfahren wie Morita-Therapie und das japanische Zen vermittelt. Die Autoren arbeiten die Bedeutung dieser einzelnen Ansätze für die Theorie und Therapie der psychosomatischen Erkrankungen heraus. Die Grundlage bilden die „autogenen selbstregulatorischen Behandlungsverfahren“, wobei psychosomatische und somatopsychische Aspekte organisch integriert werden. Das Ziel ist die Wiederherstellung einer psychophysiologischen inneren Homöostase. Wegen des Vorherrschens präödipler Entwicklungsstörungen bei psychosomatisch Kranken muß die orthodoxe Psychoanalyse sich neuen Konzepten öffnen. Nur dann kann sie zu einer Vertiefung des Verständnisses beitragen und die Entwicklung in Theorie und Praxis vorantreiben.

The Present State of Psychosomatic Medicine in Japan

First of all, I wish to introduce the present state of Psychosomatic Medicine in Japan with the hope that it may provide you with some information about the background of psychosomatic training in Japan.

The Japanese Psychosomatic Society has slowly but steadily developed since its origin in 1960. About 70 % of its 1500 members are internists and clinicians of various disciplines of medical practice, the remaining 30 % are psychiatrists. The leadership of internists and non-psychiatrists in other specialities in the Society has been progressively established. They are in good relationship with psychiatrists whose role is that of consultants or supervisors of research in psychotherapeutic practice. Such a fact seems to indicate that Psychosomatic Medicine is becoming the core of comprehensive management for

*M. D., Professor and Chairman of the Department of Psychosomatic Medicine, Kyushu University Hospital, Fukuoka City (Japan)

**M. D., Co-worker of the Department of Psychosomatic Medicine, Kyushu University Hospital, Fukuoka City (Japan)

***Paper read at the VIIth International Symposium of the DAP, August 1st-6th, 1975, Taormina (Sicily)

diseases in various fields of clinical medicine rather than restricting itself to the treatment of psychoneuroses or psychosomatic disorders in the narrow sense.

The Department of Psychosomatic Medicine at Kyushu University Hospital, which started in 1961 as the only officially approved psychosomatic centre in Japan, has played an important part in the development of psychosomatic practice in our country. Twenty-five psychosomatically oriented internists are practicing, teaching and studying psychosomatic treatment in wellintegrated team work with eight other specialists, inclusive of a psychoanalyst, clinical psychologist, social worker, behavior therapist and occupational therapist. They are constantly continuing their efforts to develop a more and more practical psychosomatic approach which would be accessible for general practitioners as well as the paramedical staff by combining the four basic methods: psychoanalysis, behavior therapy, autogenic therapy and psychopharmacology. Several psychosomatic clinics headed by internists and gynecologists have recently been established in other medical schools in Japan.

In our department of psychosomatic medicine a comprehensive training has been carried out to provide internists with psychosomatic orientation. For this purpose, postgraduate students who have completed a basic training of internal medicine are trained for the integrative use of various psychological or psychophysiological therapies and internal therapies. The former includes Western approaches such as psychoanalysis, behavior therapy, autogenic therapy and biofeedback, etc. and Eastern approaches such as Morita therapy and a principle of Japanese Zen, etc.

Autogenic Self-Regulatory Approaches

From the vantage of Japanese Psychosomatic Medicine we see that the natural readjusting capacity has been highly esteemed in Oriental thought and medicine. For example, Zen training has been introduced as one of the most effective ways of readjusting the function of the higher nervous system from an atheistic standpoint. The common features of such Oriental approaches appear to be the regular practice of a specific step by step approach designed to promote certain selfregulatory functions which appear to facilitate and contribute to reaching a state of functional harmony and self-actualization.

Autogenic training which was originated by *Schultz* on the basis of Yoga practice has much in common with the approaches used in Zen. *W. Luthé* states that relevant autogenic prohomeostatic or self-

normalizing functions seem to be facilitated and promoted by the specific profile of physiologic and psychologic changes, which are associated with an altered psychophysiological state induced by autogenic training. From a psychophysiological point of view we may consider any type of prohomeostatic intervention which is designed to reduce or to readjust antihomeostatic functional, organic or developmental deviations, as a form of therapy.

Although psychologists and psychosomaticians have long emphasized the unity of the mind and body, they have notoriously neglected the „body“ in their therapeutic attempts. In contrast to other medically or psychologically oriented forms of treatment, the methods of autogenic training, Zen sitting and other Oriental systems of concentrations involve mental and bodily functions simultaneously. We wish to call them „autogenic self-regulatory approaches“ because as a whole, they primarily belong to self-training or self-controlling methods.

Generally, the practice of these self-regulatory exercises is associated with a cushion-effect against internal and external stress. The increase in psychological tolerance is reflected in many ways. For example, social contact becomes less inhibited and more natural. It is my assumption that the deepest meaning of the practice of autogenic self-regulatory exercises is to pave the way to the communication with the innermost territory of our consciousness or psychophysiological existence which governs our innate homeostatic functions and the actualization of „true self“.

These autogenic self-regulatory approaches seem to have the implication of „direct pointing at the soul“. It means to communicate directly to the innermost sphere of the ego which is free from the influence of distorted condition which have accumulated during the process of psychophysiological development especially in early childhood.

Furthermore, in the course of more advanced stages of these exercises one reaches a gratifying awareness of the fundamental interrelatedness of the existential aspects of those dynamic forces which governs the „authentic self“ or „authentic unconscious“ and the world in its largest sense.

In this context, the unconscious should be deeper than *Freud's* „unconsciousness“ or the unconscious, for example, stated by *C. G. Jung* or *E. Fromm*. This type of awareness that we are living here with the support of the entire universe could be a desirable goal of psychophysiological therapy from the standpoint of psycho-ecology.

The importance of such an awareness is recently emphasized by human ecology in order to help mankind to discontinue their self-destructive indulgence in promoting industrialization.

If the innate homeostatic ability should be so accurate and powerful as to be restored by practicing autogenic selfregulatory approaches under any possible circumstance, they can be only and fully reliable psychological or psychophysiological treatments. However, our clinical experience in psychosomatic treatment has taught us that they need to be supplemented by other therapeutic methods in most of the cases. This is particularly so in cases where the realization of the patient's homeostatic functions seems to be severely interfered with because of distorted conditions which have been formed in the early stages of life.

In recent years, *E. Miller* emphasizes through his experimental observations that homeostatic regulation is not limited to innate mechanisms but can be achieved also via the instrumental learning of psychological and visceral responses. And such a learning is assumed to have particularly intense and long-lasting effects when it is learned during early childhood. Our clinical observations also seem to indicate that the development of innate homeostatic potentiality may be interfered with by undesirable care and learning during the process of growth (particularly under the age of three).

I personally feel that even the formation of a fundamental framework or a core future maturation of homeostatic functions may be interfered with when unfavourable circumstances are present at a very early stage of psychophysiological development.

This may result in distorted conditions of classical or operant type during the process of further development as a defense against neurotic anxiety and frustration. These, in turn, may lead to pathological adaptive behavior or psychosomatic symptoms.

In fact, Zen is scarcely being used as a part of medical therapy in Japan. Even ordinary healthy people can not stand the hard training of Zen meditation. If it is to be used in medical therapy, Zen meditation must be modified for use by ordinary people. On the other hand autogenic training which started as a psychophysiological therapy for neuroses and psychosomatic disorders can be much more widely applied in medical treatment. The method of autogenic training is so simple and exact that almost anyone can master it. However, in our own experience, the patient has to have a certain degree of ego-strength to practice it for himself. Many patients who are unable to start with such a self-regulatory approach are treated by more supportive therapies as mentioned below.

Psychoanalytical Approaches

As mentioned above autogenic self-regulatory approaches seem to come across the difficulty in dissolving the severely distorted and firmly fixed conditions, particularly those induced during the early stages of development. That is, in order to maintain good self-control, one must not only learn how to keep homeostasis over the external and internal stress, but one must get rid of distorted conditions which have been formed, for instance, in relation to the deprivation of desirable parental care, ignorant educational background or unfavorable socio-cultural circumstances. The role of psychoanalytical approach is to help the patient to clarify and eliminate such conditions, which are restraining the patient's homeostatic functions and self-actualization.

In the autogenic state induced by autogenic training the brain is said to be actively engaging in the release of impulses and old memories from different parts of the brain. And the brain is given ample opportunity and adequate technical support in overcoming brain-antagonizing forms of resistance.

In a way it resembles a process of catharsis during free association. The similar state of mind is described by a Zen monk as „worldly ideas or irrelevant thoughts may pass through the mind during meditation. I simply wait and allow these things to go through my mind until they naturally disappear“.

These facts seem to indicate that autogenic meditative state may facilitate the self-analytical process. From various attempts to enhance the patient's own self-curative mechanism *Luthe* developed two technically related methods of „Autogenic Neutralization“. These are known as Autogenic Abreaction and Autogenic Verbalization. His autogenic neutralization aims at the totalistic discharge and verbalization from all levels of the body and mind. The similar phenomenon may appear in other forms of autogenic meditative state. Therefore, such self-neutralizing process is assumed to facilitate the healing of psychosomatic disorders which are induced by the interaction of somatic and psychic factors.

In certain types of patients the autogenic verbalization and normalization can be facilitated by the help of empathic understanding by his counsellor.

On the other hand, the self-neutralizing process of this kind seems to be one of the important factors in the selfcurative process which occurs during various psychotherapeutic or psychosomatic approaches including psychoanalysis whether it is recognized as such or not.

However, a self-neutralized state thus induced seems to be stabilized by the patient's insight into the hitherto antihomeostatic reaction patterns and distorted conditions. This may help him to avoid repeating the same failure.

Secondly, it is our experience that severely distorted conditions which have been formed under the deprivation of desirable interaction with parental figures during the early stages of life can not be reasonably reformed without having corrective emotional experience through transference relations with therapists.

Behavioral Approaches

There seems to be a common factor between the aim of child rearing and education and that of psychosomatic treatment because both consist of somatic and psychological care which may help the development of the innate homeostatic potentiality of children or patients and stimulate their self-actualization. One of the basic approaches which is used to achieve this purpose is to apply a systematic desensitizing procedure against fundamental anxieties and frustrations in order to heighten a tolerance for these unavoidable features of life. Another basic approach is to let children learn more adaptive behavior and visceral functions in their own lives under different socio-cultural backgrounds. In order to insure success in this basic training, especially during the critical period of early childhood, perhaps the best approach is a combination of the maternal-understanding and rewarding approach and the paternal-disciplinary and punitive approach. These can be the basic principles of behavioral modification.

The nature of distorted conditions may be elucidated by the help of psychoanalytical approach. However, in order to dissolve such conditions, it is often necessary to apply behavioral modifications which follow the above-mentioned general principle or specially designed behavior therapy.

In the practice of child rearing and education the active training which is based on learning theory is often applied successfully even if the child has not fully understood the psychodynamics of his problem. When the parent or teacher has sufficient insight into the child's psychodynamics and his own place under good parent-child or teacher-pupil relationships, the child's own insight into his problems does not necessarily seem to be essential. Basically the same principle can often be applied to our psychosomatic treatment.

Besides, psychosomatic manifestations are often due to secondarily automatized (autonomous) reactions which are no longer related to precipitating emotional factors. Such symptoms may be more effectively controlled by behavior therapy.

Autogenic state induced by autogenic training and its related methods such as *Jacobson's* progressive relaxation has been known to be a good medium for behavior therapy. Selfpaced desensitization can be the most important function of autogenic approaches. The patient who is learning an autogenic self-regulatory approach is guided to practice it under gradually increasing degrees of external stress.

Furthermore, one of the essential functions of autogenic approaches is to cultivate the ability of the human being to maintain the state of dynamic equilibrium in his daily life under which his self-normalizing and self-realizing functions can be maintained. The effect of a state of mental concentration, such as hypnotic trance, on the other hand, is usually transient and is more likely to fail in cultivating the patient's ability to maintain his corrected attitude and visceral functions and also to keep practicing on what he has learned or recognized during therapy. This is more or less true with many other types of psychotherapy.

Biofeedback and Self-Control

The psychoanalytical approach tries to bring the unconscious psychological material up to the consciousness, while the biofeedback method may be said to bring the unconscious bodily function up to the conscious level. The more that psychological and physiological processes taking place inside ourselves come to our awareness, the more powerful our self-control may become. That is, the deepening and broadening of the awareness into ourselves may pave the way to a self-actualization free from unconscious self-distortion at both psychological and physiological levels. This may help us approach to the full awakening of the whole man to reality which is the goal of Zen.

The process of progressive development of basic equilibrium of the body and mind conditions during Zen meditation seems to suggest a real role of recent methods of voluntary control combined with biofeedback device. In Zen sitting which consists of the control of body, respiration and mind, the regulation of respiration often plays an important role. Among the visceral functions respiration is partly autonomous but partly subject to will and it can be controlled by the will rather easily. And it is possible to control functions of other visceral organs, particularly the cardiovascular system, indirectly through the control of respiration. Thus, the regulation of respiration may extend

its self-controlling effect over the whole autonomic bodily functions. Because of this excellent selfcontrol an ideally balanced state of mind is said to be produced.

The essential role of psychosomatic treatment including these self-regulatory approaches is to provide the patient's potentiality for homeostatic and self-realizing functions with correctly adapted and prohomeostatic support to help him to eliminate anti-homeostatic dynamics or influences. Recent studies on voluntary control or self-control which are often combined with biofeedback seem to offer a new possibility for psychosomatic treatment. However, we are very careful so as not to overestimate the possibility of voluntary control and biofeedback devices and lose the confidence in „the wisdom of the body“ (innate self-regulatory capacities). Such a wisdom can not be produced by mere scientific devices outside of one's body but may be activated by their help.

Morita Therapy

In this therapy, the patient is helped to take reality as it is and to consider his anxiety as something to live with in peaceful terms. He is advised to passively accept his anxiety (i. e. „arugamama“ or „as it is“) not to struggle or to evade, to escape or to deny it. It is a positive attitude called „Creative Passive Activity“ by *A. Kondo* as compared with mere passivity or resignation. Morita therapy is said to have several common features with the behavior therapy and existential approach.

Here a systematic effort is made to help the neurotic patient to reduce and finally eliminate his tendency to engage in anti-homeostatic stress-producing struggles with his symptoms. As the neurotic patient comes to experience the stress-relieving effect of „arugamama“ the unhealthy vicious circle of conflict and anxiety-related adaptational exigencies loses its disturbing potency and the adaptational dynamics can regain a healthier prohomeostatic range of functional equilibrium. This process seems to be related to the principle of operant conditioning. Such an educational approach on how to overcome this kind of vicious circle may widely be applied during a certain phase of other psychotherapies. Morita therapy is similar to Zen in that they give prominence to a direct approach to the stimulation and development of the constructive forces for self-actualization rather than the analytical approach to the obstructive and pathological aspects of the patient.

Indication of Different Therapies

One of the difficulties in applying the psychosomatic concept to our daily practice in Japan has been the impracticability of classical psychoanalytic therapy up to the present. The other problem is that the major part of pioneering works in Psychosomatic Medicine was performed by psychoanalytically oriented psychiatrists. They supposedly could not help limiting their observations to psychosomatic conditions which were associated with severe personality problems based on the disturbances in early stages of life.

As the result, they tried to apply classical psychoanalytical approaches to all kinds of psychosomatic disorders. This turned out to be effective for certain types of patients whose emotional conflicts were mostly related to oedipal problems. Thus dynamically-oriented psychiatrists became discouraged in the treatment of psychosomatic disorders for a certain period of time. At the same time, many non-psychiatrists, who found classical psychoanalytical approaches inaccessible to them and impractical for their daily practice, have gradually given up a new adventure in spite of their sincere interest in psychosomatic treatment.

In recent years, however, the emergence of various new therapeutic approaches which appear to be more promising in their therapeutic effects have stimulated the general physician's interest in this field again. In addition, simplified forms of psychoanalytical therapy such as *E. Berne's* transactional analysis, which can be applied in a group, have been introduced to general practitioners. We have recently developed a Japanese version of transactional analysis which is progressively being accepted not only by professionals but also by non-professionals. In addition, it has become evident that the majority of patients in different specialities of clinical medicine can be successfully treated by these new therapies. As a matter of fact, the most of patients whom internists come across in their daily practice are reasonably well-integrated without having severe personality problems and yet are bothered by psychosomatic symptoms.

On the other hand, the importance of developmental disturbances during the pregenital stage in the occurrence of psychosomatic disorders has become evident by psychoanalytical and other related studies. In addition to this, the theoretical and technical development of psychoanalysis has made it possible to treat psychosomatic disorders which had been inaccessible by classical psychoanalysis. Furthermore, the important role of various human problems in the symptom formation of psychosomatic disorders which were rather difficult to be

treated by orthodox psychoanalysis has been recognized. Therefore, psychoanalysts in Japan made efforts to introduce humanistic psychology such as existential analysis, milieu therapy, Zen, etc. into the theory, technique and practice of psychoanalysis. As a whole, psychoanalysis has its advantage in the fact that it can deal with developmental disturbances in earlier stages of life as compared with those later problems which can be dealt with by other psychotherapies. These facts are again stimulating psychiatrist's interest in psychosomatic treatment.

However, today psychoanalysts in Japan cannot help recognizing that psychosomatic patients, who can be treated by other therapies, are not desirable objects to be treated by psychoanalysis which is still impractical for the general physician's daily practice. In addition, they know that it is illogical to treat psychosomatic patients whose symptom formations are mainly related to psychological problems other than psychoanalytical ones.

On the basis of these facts, the following basic principle is being applied to psychosomatic training in our department. A brief interview of non-directive type combined with autogenic self-regulatory approaches are taught to our trainees as the first step and the foundation for various other psychosomatic treatments. They are usually supplemented by psychotropic drugs and social work. Biofeedback training often can be used in order to help the patient to master an autogenic training and self-control on both psychological and somatic levels. For the purpose of controlling the patient's antihomeostatic struggle with his symptoms, Morita therapy is frequently applied as the major psychotherapeutic approach or an adjunct method. Simplified psychoanalytical approaches such as transactional analysis are used as a method of self-analysis or group therapy in those patients whose insight into their emotional problems is essential.

In our department the formal psychoanalytical approach is applied to a limited number of patients who need transference relations to help them to control their emotional problems profoundly related to their personality problems which have been formed in the early stages of life. Certain patients with anorexia nervosa, bronchial asthma, neurodermatitis, etc. belong to this category.

From the standpoint of research, however, psychoanalytical studies of psychosomatic disorders will make more and more contributions to the elucidation of the psychodynamic or psychophysiological bases of psychosomatic disorders. Besides, we assume that such studies can considerably contribute to the development of psychoanalytical theory and technique through a deeper understanding of mind-body pro-

blems and developmental processes at the early stages of life. Therefore, psychoanalytical training is considered to be essential for the advanced training in psychosomatic treatment and research.

Lastly, physicians in charge of our department are required to be well-qualified internists. We have a group of specialists (cardiologist, gastroenterologist, neurologist, allergist, endocrinologist) who are able to teach our trainees about different specialized aspects of internal medicine. Such a basic training in internal diseases seems to prevent our trainees from becoming excessively psychologically-minded physicians. At the same time, it greatly helps them to deepen their research works in real psychosomatic problems because of their well-balanced training background.

Conclusions

1. On the basis of our therapeutic experience with autogenic self-regulatory approaches it is assumed that psychosomatic treatment can be more effectively and efficiently performed when it is psychophysiologicaly oriented. In other words, real psychosomatic treatment may be developed by the organic integration of psycho-somatic and somato-psychic approaches.

2. Modern life seems to urge us to reevaluate our therapeutic approach from the viewpoint of psycho-ecology. The above-mentioned autogenic approaches may give us some valuable suggestions for broadening and deepening the theory and method of psychosomatic treatment in the direction of psycho-ecology.

3. Under the above-mentioned background, three basic principles of psychotherapy, that is, the psychoanalytical approach, the behavioral approach and the autogenic approach, are selectively used according to the nature and stage of each case in our department. Certain types of autogenic approach which may facilitate self-analysis and which can be a good medium for behavior therapy are commonly used in combination with the other two approaches.

Ausbildung für Internisten in Psychosomatischer Medizin an Hochschulen in Japan

Yujiro Ikemi und Hiroyuki Aoki

Die 1960 gegründete Japanische Psychosomatische Gesellschaft hat heute 1500 Mitglieder, von denen 30 % Psychiater und 70 % Internisten und Spezialisten anderer klinischer Fächer sind, wodurch die Psychosomatische Medizin in Japan auf eine breite Grundlage gestellt ist und eine weitgefächerte Anwendung erfährt. Als psychosomatisches Zentrum gilt das De-

partment für Psychosomatische Medizin an der Kyushu-Universität. Dort arbeiten 25 Internisten in einem Team mit acht anderen Spezialisten, u. a. einem Psychoanalytiker, einem Klinischen Psychologen, einem Sozialarbeiter, einem Verhaltens- und einem Beschäftigungstherapeuten. Das Ziel ist, Internisten mit psychosomatischer Orientierung in einem Postgraduate-Studium heranzubilden; dabei umfaßt die Ausbildung westliche Behandlungsverfahren wie Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Autogenes Training und Biofeedback ebenso wie östliche Verfahren wie Morita-Therapie und das japanische Zen.

Die natürliche Fähigkeit zur inneren Selbstregulation genießt im östlichen Denken und in der östlichen Medizin eine hohe Wertschätzung. Dem kommen die Prinzipien des Autogenen Trainings entgegen, die Gemeinsamkeiten mit dem Zen haben und durch eine Unterstützung der selbstregulatorischen Funktionen zu einer funktionellen Harmonie führen. Von einem psychophysiologischen Standpunkt ist die Förderung der inneren Homöostase zu betonen, wobei durch das Autogene Training wie aber auch durch die östlichen Methoden der Selbstkontrolle wie Zen gleichzeitig die seelischen und die körperlichen Funktionen reguliert werden. In fortgeschrittenen Stadien der Therapie wird eine tiefe Einsicht in die Kräfte des „authentischen Selbst“ und des „authentischen Unbewußten“ erreicht. Die autogenen, selbstregulatorischen Behandlungsverfahren, die zur Wiederherstellung der inneren Homöostase führen, sollten durch andere therapeutische Methoden ergänzt werden. Die vom östlichen Denken geprägte Morita-Therapie zielt auf die Herstellung einer „kreativen passiven Aktivität“. Der Patient soll die Realität als gegeben hinnehmen und seine Ängste als etwas, mit dem er in Frieden leben muß, passiv akzeptieren.

Dabei ist jedoch die Erkenntnis von zentraler Bedeutung, daß die klassische Psychoanalyse und die psychoanalytische Standardmethode sich als für psychosomatisch Kranke nicht geeignet und anwendbar erwiesen haben. Der Grund liegt darin, daß hier Störungen auf den präödiptalen Entwicklungsstufen ganz im Vordergrund stehen, und zwar auf der frühen Ebene einer Körpersprache, auf der physische und psychische Prozesse sich noch nicht voneinander differenziert haben, sondern eine psychosomatische Erlebniseinheit bilden. Die Behandlungsmethode muß dieser beim psychosomatisch Kranken schwer gestörten averbalen Körperebene Rechnung tragen. So muß sich die orthodoxe Psychoanalyse öffnen gegenüber anderen therapeutischen Methoden wie Daseinsanalyse, Milieuthherapie und Zen und sie in die Theorie und Technik der Psychoanalyse integrieren. Für die Ausbildung, in der die Kandidaten sich mit den verschiedensten therapeutischen Techniken befassen und besonders die autogenen, selbstregulatorischen Behandlungsverfahren wie auch die Gruppentherapie erlernen und anwen-

den, behauptet die Psychoanalyse in Therapie und Forschung ihren zentralen Platz, da sie ein tieferes Verständnis für die Psychodynamik und die psychophysiologischen Grundlagen der psychosomatischen Krankheiten vermittelt.

Authors' Address:

Prof. Yujiro Ikemi, M. D.
Hiroyuki Aoki, M. D.
Kyushu University
Faculty of Medicine
Fukuoka City / Japan

Ödipuskomplex, Rivalitätskonflikt, narzißtisches Gruppenselbst: drei Kernprobleme**

Raymond Battegay*

In seinem Beitrag beschäftigt sich der Autor mit der Psychodynamik regressiver Prozesse in gruppenanalytischen Situationen; für die Gruppe als ganzer wie für die einzelnen ihrer Mitglieder ergeben sich dabei aus der Intensität und der Modalität im Umkreis der Entstehungsbedingungen regressiver Phänomene eine Reihe von Folgerungen. Zunächst einmal wird man die beiden Zeitebenen berücksichtigen müssen, welche Regressionserscheinungen voraussetzen und daher zum Gegenstand der Analyse werden: der aktuellen Gruppendynamik, die sich für das einzelne Gruppenmitglied vor allem in der Auseinandersetzung mit der Gesamtgruppe und mit dem Leiter vollzieht, entsprechen die mitunter konfliktuös arretierten psychischen Spannungen in Form von Rivalität, Identifikationsbedürfnis und Schuldgefühlen, welche die in der späteren Entwicklungsgeschichte mitgeschleppten Probleme der ödipalen Dreiecksbeziehungen des Kindes mit den Eltern repräsentieren. Im Übertragungsgeschehen zeigen Gruppenmitglieder häufig Reaktionen, die sich als Erbe ihrer ödipalen Vergangenheit zu den gegenwärtigen Vorgängen und Interessen in der Gruppe in auffälliger Weise disparat verhalten. Daraus sind in der Regel unaufgelöste Konflikte und Ängste abzulesen, welche die Kommunikation des einzelnen unbewußt bestimmen und die unter dem Druck von Gegenreaktionen aus der Gruppe wiedererlebt werden.

An Hand von Fallberichten aus gruppentherapeutischen Sitzungen diskutiert der Autor verschiedene Konstellationen, in denen sich die in den Übertragungsphänomenen sichtbar werdenden Regressionen zeigen können, welche ihrerseits weitere Abwehrmechanismen nach sich ziehen. So mag das ödipale Problem der Rivalität mit dem Leiter zu Überidentifikationen führen, welche ihn als esoterisches Wesen idealisierend aus der Gruppe ausgrenzt. Ambivalente Identifikationen mit anderen in der Phantasie vergrößerten Gruppenmitgliedern mögen in anderer Hinsicht wiederum die Funktion haben, den Leiter zu übertreffen oder ihn gar abzusetzen, ohne sich ihm zu konfrontieren. Der Verfasser weist mit Bezug auf Kohut darauf hin, daß die ödipale Konfliktdynamik in nicht wenigen Fällen von einer tieferliegenden Störung im Bereich narzißtischer Selbstdefekte begleitet wird. Der narzißtisch Gestörte kompensiert sein fragmentiertes Selbst durch Rückgriff auf die ideale narzißtische Einheit von Größenselbst und Elternimago. Als gruppendynamische Möglichkeiten lassen sich nun denken, daß das Größenselbst eines Mitgliedes die ganze Gruppe in seine Grandiositätsvorstellung hineinzieht, mit der sie sich identifiziert, oder daß es sich in ausschließender Weise an die Stelle der Gruppe setzt, – Vorgänge, welche den einzelnen isolieren, seine Rivalitätskonflikte verschärfen oder ihn im Widerstand gegen die Durcharbeitung der Übertragung mit der ganzen Gruppe grandios verschmelzen lassen. In diesen Zusammenhang gehören auch kompensatorische Fixierungen an narzißtische Selbstobjekte, die als Stabilisierungsfaktoren des Selbstes, Fremderfahrungen und Gruppenbeziehungen unmöglich machen.

Wie sich den Beispielen des Autors entnehmen läßt, sind Größenselbst und Selbstobjekt aber immer schon Manifestationen der in der Struktur des Ichs verinnerlichten gruppendynamischen Beziehungen (Ammon), – sei es prägenitaler, sei es ödipaler Herkunft, – niemals bloße Objektidentifikation; insofern sind bei narzißtisch Gestörten Techniken indiziert, die sich in jedem Fall am gruppenpsychotherapeutischen Element orientieren.

* Prof. Dr. med., Psychiatrische Universitätspoliklinik Petersgraben, Basel

** Vortrag gehalten im Rahmen der öffentlichen wissenschaftlichen Veranstaltungen am Berliner Lehr- und Forschungsinstitut der DAP am 13. 12. 1974

In jeder analytischen Gruppe zeichnet sich nach einer initialen abtastenden Kontaktnahme eine Tendenz der Beteiligten ab, in regressive Verhaltensweisen überzugehen. Sie erwarten dann, daß nicht sie, sondern andere die Verantwortung für das Geschehen in der Gruppe zu übernehmen und mit dem Sprechen über Konfliktstoffe und Probleme zu beginnen haben. In dieser Phase der Regression wollen sie durch den Therapeuten geführt, ernährt, wohlwollend beachtet werden, ohne selbst etwas Aktives für die Gruppe tun zu müssen. Die Mitglieder können dann etwa sagen: „Was sollen wir besprechen? Können Sie uns ein Thema geben? Was ist der Sinn unseres Zusammenseins?“ usw. Diese regressiven Haltungen können auch hinter anderen, vordergründigeren Strebungen verdeckt sein. So begann eine analytische Selbsterfahrungsgruppe von Studenten einmal damit, daß einer der Beteiligten wie folgt sprach: „Von Ihnen, Herr B., habe ich schon viel Schlechtes erfahren!“ Nachdem dieser Student gesprochen hatte, wollte ein anderer den Therapeuten verteidigen und ihm eine Gelegenheit bieten, den Zweck der Gruppensitzungen zu erklären, und er fragte: „Was würden Sie, Herr Professor, sagen, daß der Zweck dieser Sitzungen ist?“ Der Therapeut antwortete: „Nachdem ich das schon zu Beginn erklärt habe, würde ich nun Sie fragen, in was Sie Zweck und Ziel dieser Selbsterfahrungsgruppe sehen!“ Dieser Student, der ursprünglich den Therapeuten verteidigen wollte, antwortete nun wie folgt: „Wenn Sie uns diese Erklärung nicht geben wollen, dann wird Sie die Regenz (der Universität) schon zwingen, eine vernünftige Vorlesung zu halten!“ Es hat sich in dieser Selbsterfahrungsgruppe gezeigt, daß sowohl der Student, der sogleich eine Aggression gegen den Therapeuten äußerte, als auch derjenige, der ihn anfänglich verteidigen wollte, eine ungeheure Erwartung gegenüber dem Gruppenleiter hegten. Sie wollten nicht nur ihm begegnen, sondern auch seine Kräfte kennenlernen, von ihm geführt werden und von ihm einen zentralen Inhalt für die Gruppe erlangen.

Das Bild der Regression kann sich in einer Gruppe ändern. Es kann beispielsweise auch – als Übertragungsphänomene – zu Rivalitätskonflikten und zu einer Wiederbelebung des an das frühe Erleben einer Dreiergruppe (beide Eltern und Kind) gebundenen Ödipuskomplexes (*Freud, 1900*) kommen. So stellte ein Student in einer Zeichnung (s. Abbildung 1) einen Kollegen einer Selbsterfahrungsgruppe sehr mächtig dar. Er wird auf einer Sänfte in die Runde getragen und kommt im Grunde genommen sogar – rechts vom Leiter aus gesehen – über den Leiter zu stehen. Der Zeichnende erlebte sich, vom gleichen Gesichtspunkt aus, rechts in einer Ecke von unbedeutender Größe. In den Assoziationen zeigte sich, daß er auf der einen Seite mit dem „großen Bruder“, seinem Gruppenkameraden, rivalisierte, auf der anderen Seite um jeden Preis selbst die Gunst der Gruppe zu gewinnen und den mit phallischer Potenz erlebten Therapeuten durch Identifikation mit dem erwähnten Kollegen zu überrunden wünschte. Es machten sich also bei diesem Studenten Rivalitätskonflikte, ödipale Tendenzen sowie

eine Identifizierungsübertragung (Slavson, 1956) mit dem Stärkeren bemerkbar.

Abb. 1.



In einer analytischen Selbsterfahrungsgruppe von Ärzten versuchte einer der Beteiligten die Aufmerksamkeit der übrigen immer dadurch zu gewinnen, daß er mit einer aggressiv vorgebrachten Äußerung vorprellte. Er bemerkte es während mehrerer Sitzungen nicht, daß er damit die übrigen Gruppenbeteiligten vor den Kopf stieß. Nachdem es mehrere Male so geschehen war, erkannte er schließlich, daß er auf diese Weise nicht zum Ziele kommen werde, und er begann, sich selbst zu fragen, weshalb er eigentlich so vorgehe. Nachdem er durch Fragen der Gruppenkameraden zum Denken angeregt worden war, kam ihm in den Sinn, daß der Vater in der Familie nichts, die Mutter aber alles gepocht habe. Der Vater habe sich nie durchzusetzen vermocht. Offenbar leide er nun unter der Angst, wie der Vater nichts zu gelten, und er möchte vor der Mutter bestehen lernen. Es zeigte sich, daß er die Gruppe als eine „Mutter“ erlebte, der gegenüber er sich besser als der Vater zu behaupten versuchte. Es war jedoch auch zu erkennen, daß er in der äußeren Realität von der Mutter und in der Übertragung von der Gruppe nicht nur beachtet, sondern mehr noch geliebt zu werden wünschte. Dementsprechend versuchte er, die Gunst der Gruppe zu gewinnen und, wie es sich im Gruppengeschehen wiederholt zeigte, den Therapeuten in den Hintergrund zu drängen.

Es ist eine Erfahrungstatsache, daß am Anfang jeder Gruppenaktivität der Leiter das Mitglied ist, das das Kollektiv zusammenhält. Nur mit ihm können sich die Beteiligten anfänglich identifizieren (*Etzioni*, 1967). Er ist der am ehesten Bekannte und Definierte. Die Hierarchie einer Gruppe ist dementsprechend zu Beginn sehr ausgeprägt. Wir können in der initialen Phase beobachten, daß sich, speziell die männlichen Mitglieder, immer wieder mit dem Gruppenleiter auseinandersetzen haben. Die Struktur der Gruppe ist noch radiär auf den Therapeuten ausgerichtet. Gelingt es den Beteiligten mit der Zeit, den Blick etwas vom Gruppenleiter zu lassen, können sie gegenseitig in Beziehung und in Rivalität treten. Erst in diesem Moment bildet sich ein Netz von wechselseitigen Beziehungen, das im Grunde das Wesen der Gruppe ausmacht.

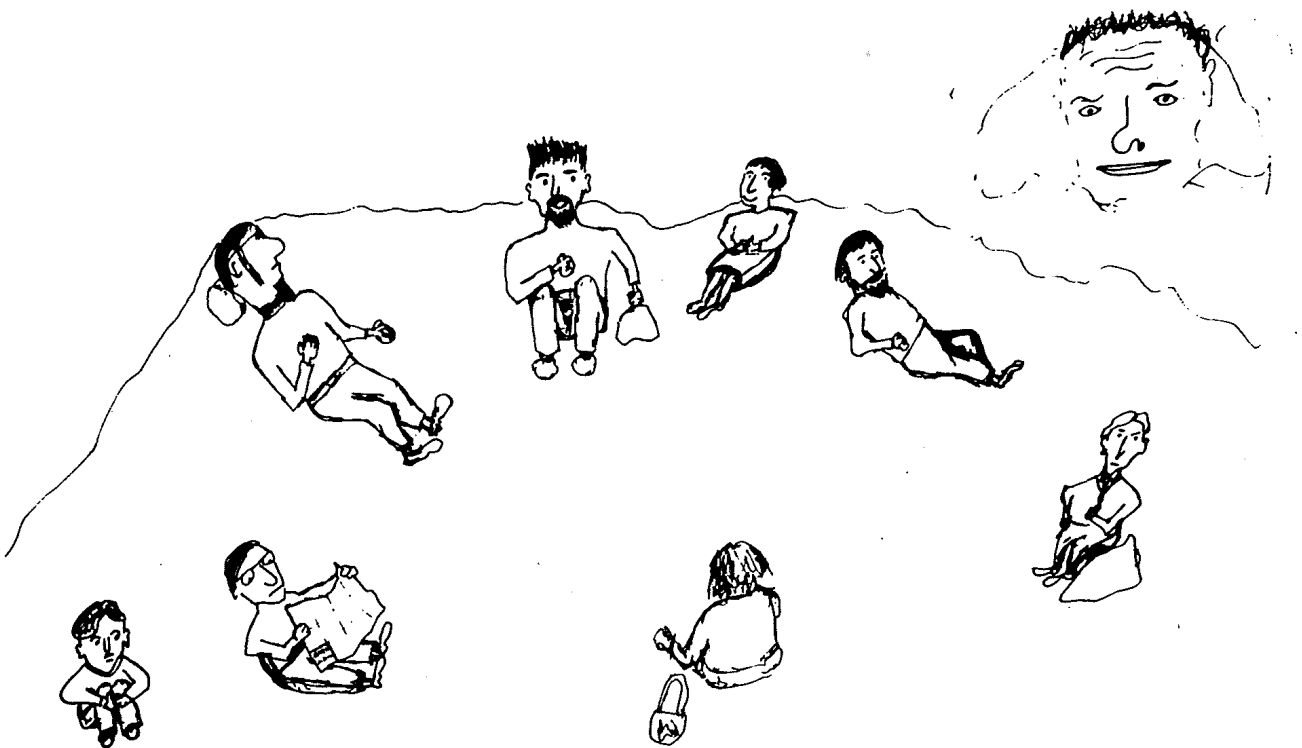
Das Rivalisieren mit den übrigen Gruppenmitgliedern führt zu einer Aktivierung der Geschwisterproblematik in der Gruppe (*Battegay*, 1966). Das Interesse, das bisher rein hierarchisch auf die Vaterimago, den Leiter, orientiert war, richtet sich nun auf die Menschen, die zur gleichen Zeit ihren Lebensweg beginnen und gleiche oder (vermeintlich) bessere Chancen haben, ihre Ziele zu verwirklichen.

In einer analytischen Selbsterfahrungsgruppe von Theologen, in der sich auch ein Lehrer befand, entwickelte sich eine Rivalität zwischen ihm und einigen der übrigen Gruppenbeteiligten. Er versuchte, sich durch originelle oder auch, in seinem Erleben, anstößige Bemerkungen Gehör zu verschaffen und die Theologen – meistens Gemeindepfarrer – vor den Kopf zu stoßen. Seine Ausführungen waren zuweilen derart grotesk, daß er in der Gruppe nicht genügend Gehör fand und in der Rivalität nicht bestehen konnte. Dieser Beteiligte, der mit einem um zweieinhalb Jahre jüngeren Bruder in einem anderen Lande aufgewachsen war, konnte das Mitsein von „Geschwistern“ in der Gruppe nicht ertragen. Er war gegenüber einer geschwisterlichen Präsenz frustrationsintolerant. Dementsprechend blieb er temporär mehr und mehr den Sitzungen fern. Es kam ihm nachher in den Sinn, daß er vor vielen Jahren in seiner Heimat mitangesehen habe, wie Gleichaltrige durch die Besatzungstruppen gequält worden seien. Er habe damals nicht interveniert, sich offenbar geängstigt vor einer solchen Intervention, weil er von den Besatzungstruppen unweigerlich ebenfalls behelligt worden wäre. Nun mache er sich deswegen vielleicht Gewissensbisse. Die Rivalitätskonflikte in der Gruppe aktivierten in ihm alte Konflikte, die nicht nur mit seinem jüngeren Bruder, sondern auch mit der erwähnten Problematik zusammenhingen. Er erlebte sich offensichtlich in der therapeutischen Gruppe als ähnlich bedroht wie damals in der Heimat, als er zusah, wie die Besatzungstruppen Gleichaltrige quälten. Zudem fühlte er sich, wie er in der Gruppe sagte, wohl auch zu wenig beachtet, wie vielleicht auch früher von den Besatzungstruppen, als er – verständlicherweise – keinen Mut hatte, sich zu stellen und im Hintergrund blieb. Er wurde in der

therapeutischen Gruppe aber auch von Schuldgefühlen gequält, weil das Mitansetzen, wie andere „daran kamen“, in ihm alte Erinnerungen an die Besatzungszeit weckte. Er konnte diesen Konfliktstoff nicht bewältigen, äußerte sich deshalb oft aggressiv und blieb auch deshalb immer wieder eine zeitlang den Gruppensitzungen fern.

Jede Gruppe muß, damit die Teilnehmer zu sich selbst finden, mit dem Problem des Leiters zu Rande kommen. In einer zweiten Zeichnung des bereits angeführten Studenten wurde der Gruppenanalytiker in den Wolken, vom gleichen Aspekt wie in Abbildung 1 her betrachtet links oberhalb der Gruppe, dargestellt (s. Abbildung 2).

Abb. 2



Damit wurde der Leiter einerseits zum Gottvater. Andererseits rückte er aber so in einige Entfernung von der Gruppe. Die Gruppenmitglieder hatten sich nun, in der Sicht des Zeichners, gegenseitig auseinandersetzen. Vielleicht ist es typisch für seine Kontaktstörung, vielleicht aber für ein Übergangsstadium zwischen Leiterzentrierung und rivalisierender Gruppenzentrierung, daß auf dem Bild die Beteiligten noch sehr wenig Kommunikation pflegen. Die Zeichnung dürfte, wie aus Äußerungen des Darstellers erkenntlich wurde, auch die Wiedergabe einer in der ganzen Gruppe bemerkbaren Tendenz zum Vaternord beinhalten. Für diese Interpretation spricht, daß nun der „starke“ Gruppenkollege, mit dem sich der Zeichner identifizierte, an der Stelle sitzt, an der in Abbildung 1 der Therapeut saß.

Erst bei Distanz vom Vater kann es den Gruppenmitgliedern gelingen, gegenseitig soziale Beziehungen aufzubauen. Mit diesem Abschieben des Vaters ist allerdings der Ödipuskonflikt noch nicht gelöst. Er bleibt – wie auf der Zeichnung – immer noch unintegriert, in übergeordneter Präsenz, als personifiziertes Richtmaß aller Dinge. Gelingt es den Beteiligten, sich echt mit diesem übergeordneten Leiter zu identifizieren, wird eine Lösung des Ödipuskonflikts möglich sein. Die äußere Autorität kann so introjiziert und eigenständig weiterentwickelt werden.

In der bereits mehrfach angeführten analytischen Selbsterfahrungsgruppe von Studenten berichtete der Teilnehmer, der durch den zeichnerischen Darsteller als stark erlebt und in der ersten Zeichnung auf einer Sänfte, in der zweiten auf dem Platz des Leiters dargestellt wurde, über folgenden Traum, den er vor Jahresfrist gehabt habe: „Ich war im Hause meiner Eltern. Es sah aber ganz anders aus. Im ersten Stock ist ein Zimmer, das abgedunkelt ist. Die Türe steht halb offen. Mein (in der Realität vor einigen Jahren verstorbener) Vater ist dort drin. Der Vater verlangt von mir, daß ich mit ihm koitiere. Widerwillig tue ich es. Ich lege mich auf den Vater. Es kommt zum Koitus. Ich kann aber zur Enttäuschung des Vaters nicht zum Orgasmus kommen, welchen er erreicht. Unterdessen ist die Mutter im benachbarten WC, wo sie sich durch laute Geräusche, wie Klirren, bemerkbar macht.“ In den Einfällen kam dem Mitglied in den Sinn, daß der Vater sehr weich war, kein Mann gewesen sei. Der Vater habe ihn sehr geliebt, nie gestraft, sei aber immer traurig gewesen, wenn er als Junge sich nicht so verhalten habe, wie er es gewünscht habe. Er fügte noch an, daß er nie eigentlich eine Pubertät durchgemacht habe. In der Gruppe habe er primär die überragende Präsenz des Therapeuten verspürt. Zunehmend sei er dann in eine Rivalität mit dem Leiter gekommen, da er mehr Aufmerksamkeit als der Therapeut von der Gruppe habe erlangen wollen. Es kam heraus, daß er um die Gunst der Gruppe warb, auf die er offensichtlich Muttergefühle übertrug, und dabei den Vater auszustechen wünschte. Wenn er sich nun an den Traum mit der homosexuellen Beziehung zum Vater erinnerte, so geschah es, wie aus seinen Einfällen hervorging, wohl deshalb, weil er die Gefahr des Vaternordes und des Inzestes mit der Mutter – in der Übertragung mit der Gruppe – abwehren wollte. Er konnte so nicht Gefahr laufen, sich mit der Mutter – gegen den Vater – zu verbünden, bzw. zu vereinen. Dieses Mitglied mußte es noch lernen, sich mit dem Vater auseinanderzusetzen, seinen ausschließlichen Besitzanspruch auf die Mutter aufzugeben und zu verarbeiten und schließlich sich durch Identifikation mit der männlichen Seite des Vaters weiterzuentwickeln.

In der therapeutischen Gruppe kann es also durch eine Mutter-Übertragung auf die Gruppe und eine Vater-Übertragung auf den Therapeuten möglich werden, sich noch einmal mit dem ödipalen Konflikt auseinander-

zusetzen. Der eben erwähnte Student erlebte mit dem Eintritt in die Gruppe und dem Herantreten an den Therapeuten in der Übertragung eine Nähe zu Mutter und Vater, wie er sie seit der frühen Entwicklungszeit der phallischen Phase kaum mehr erlebt haben dürfte. Die therapeutische Gruppe ist, wie das Beispiel zeigt, hervorragend geeignet, gerade diesen phallisch-ödipalen Konflikt zu reaktivieren. Wenn dieses Gruppenmitglied durch den Zeichner als stark erlebt wurde, so können wir vermuten, daß in der Gruppe vor allem das phallische Rivalisieren dieses Studenten mit dem Leiter in Erscheinung trat, der für ihn im Gegensatz zum leiblichen einen starken Vater darstellte. In einer analytischen Selbsterfahrungsgruppe berichtete ein Kollege darüber, daß sein Vater mit einer Geliebten zusammen einen Autounfall durchgemacht habe und seit damals als Invaliden durch seine Mutter habe gepflegt werden müssen. Als ältester Sohn der Familie sei er zum Vertrauten der Mutter geworden. Sie habe die Familie durchgebracht, indem sie, ursprünglich nicht genügend darauf vorbereitet, das Geschäft des Vaters weitergeführt habe. Als nun in der Gruppe einer der Kollegen darüber sprach, daß er sich zuhause als „kleiner Prinz“ erlebt habe, hielt sich der erwähnte Kollege plötzlich die Augen zu, als ob er geblendet worden wäre. Es hatte den Anschein, er hätte eine archaische Strafe für sein „Verhältnis“ zur Mutter erwartet, nachdem der Vater „ausgeschaltet“ worden war. Die Aussagen des Gruppenkollegen übten offenbar eine Verstärkerwirkung (*Battegay*, 1961) auf die ödipale Konflikthaftigkeit dieses Mitgliedes aus. Im bisherigen Verlauf der Aktivität dieser Selbsterfahrungsgruppe hat sich auch gezeigt, daß dieser Kollege, der sich die Hand schützend vor die Augen gehalten hat, mit seinem Verhalten und seinen verbalen Äußerungen immer „blenden“ wollte. Nicht nur mit seinen Worten, sondern auch in seiner Haltung hatte er exhibitionistische Tendenzen. Vielleicht ist es kein Zufall, daß er sich unbewußt die Augen zuhielt zur Strafe und wohl „Blendung“ – Verlust der Augen bedeutet symbolisch Kastration – befürchtete. Er versuchte bei jeder Gelegenheit, sich in den Mittelpunkt der Diskussion zu stellen und die Aufmerksamkeit der Gruppe auf sich zu lenken. Diese Haltung zeigte er, wie er selbst berichtete, nicht nur in diesem Kreis, sondern in allen anderen Gruppierungen, in denen er mitwirkte: In seiner Familie, in seiner ärztlichen Praxis, in der Kirche, in medizinischen Vereinigungen, in Fachveranstaltungen. Bereits hatte er eine individuelle Psychoanalyse hinter sich und doch noch seine phallisch-narzißtische Exhibitionsneigung beibehalten. Es waren bei diesem Kollegen – wie so oft – in der Einzelanalyse die phallisch-exhibitionistischen Tendenzen und die narzißtischen Überkompensationen nicht genügend erkannt und durchgearbeitet worden. In der therapeutischen Gruppe mit ihrer Verstärkerwirkung auf die Gefühle und ihrer gleichzeitigen Präsenz mehrerer Gruppenmitglieder werden solche Exhibitionsneigungen eher manifest und damit der Bearbeitung zugänglich. Die Einzelanalyse, die einmal zutage getretene Konflikte in der Regel zwar gründlicher als die Gruppenanalyse

bearbeiten läßt, aktiviert jedoch Konflikte, die mit mehreren Menschen zusammenhängen, nicht in dem Ausmaß wie die therapeutische Gruppe, so daß sie naturgemäß auch weniger der Bearbeitung zugänglich werden. Der Ödipuskonflikt eines Patienten kann dementsprechend in der Gruppenanalyse viel rascher und tiefer zum Vorschein kommen als in der Einzeltherapie. Die Gefahr der therapeutischen Gruppe ist aber, daß die Konflikthaftigkeit nicht eingehend genug bearbeitet wird, weil immer mehrere Mitglieder gleichzeitig mit Konflikten konfrontiert sind. Allerdings ist zu beobachten, daß der Konflikt des einen häufig auch eine Konflikthaftigkeit des anderen mitberührt. Wir können erkennen, daß in der Gruppe oft hauptsächlich Kernkonflikte besprochen werden, die in allen irgendwie mehr oder weniger latent vorhanden sind, und Randkonflikte höchstens geäußert, dann aber wieder fallen gelassen werden.

In der bereits mehrfach angeführten Studentengruppe wurde, als ein ödipaler Konflikt bei mehreren Beteiligten aktiviert worden war, ein weiterer Student aufgenommen. Er wurde offensichtlich sofort durch diesen Konfliktstoff berührt und sprach nun davon, daß er mit einem großen Problem zu tun habe. Er befriedige sich oft selbst. Als er noch nicht oder weniger onaniert habe, sei er ausgeglichener gewesen. Bis jetzt habe er noch nirgends darüber gesprochen, auch nicht in einer früheren therapeutischen Gruppe. Doch falle es ihm wohl leichter, in einer Gruppe über sein Verhalten zu reden als in einer therapeutischen Zweierbeziehung, da er das Gruppenurteil nicht für so wichtig halte wie die Ansicht eines Analytikers, d. h. einer Autorität. Im Gruppengespräch ergab sich, daß sein Vater gelegentlich übermäßig dem Alkohol zusprach und die Mutter häufig wegen psychosomatischer Beschwerden das Bett hütete. Er erlebte sich häufig als der Partner der Mutter, wenn der Vater wegen seiner Trunkenheit ausfiel. Die übrigen Geschwister hatten nicht studiert. Auch entstammte der Vater einer benachteiligten sozioökonomischen Schicht und entsprach nicht den Vorstellungen des Studenten, wie ein Vater eines Akademikers sein sollte. Plötzlich bemerkte dieser Beteiligte, daß er sich einen Anzug mit Weste erworben habe, um so, wenn nötig, entsprechend auftreten zu können. In den Assoziationen der Gruppe und des Betroffenen ergab sich, daß er den Vater als einen Versager erlebte, sich einerseits zur Mutter hingezogen fühlte, andererseits sich vor deren Nähe ängstigte. Es zeigte sich auch, daß er die Selbsterfahrungsgruppe in der Übertragung als eine Mutter erlebte, die alles, auch seinen Bericht über seine Onanie und damit auch sein Genitale und seine Potenz bewunderte. Im Verlauf des weiteren Gruppengesprächs kam indessen heraus, daß bei diesem jungen Mann die ödipale Störung wohl nicht die primäre war. Er erwies sich zentraler gestört als zuerst vermutet. Es zeigte sich, daß er wenig Selbstidentität entwickelt hatte und seinen Selbst-Defekt mit einem narzißtischen Größenselbst (Kohut, 1973) zu kompensieren versuchte. Er beanspruchte deshalb zeitweilig eine

Aufmerksamkeit durch die Gruppe, die beinahe über das hinausging, was in ihr erträglich war, da ja auch die anderen zu Worte zu kommen wünschten. Es kann generell gesagt werden, daß narzißtisch Gestörte etwa die Gruppenaufmerksamkeit derart in Anspruch nehmen, daß zu wenig Libido für die anderen übrig bleibt und die narzißtisch Gestörten selbst auch nicht genügend Zuwendung erleben. Schwer narzißtisch Beeinträchtigte gehören deshalb zuerst in eine – individuelle – Psychoanalyse und erst später in eine analytische Gruppe. Wir haben es aber auch schon erlebt, daß Mitglieder mit narzißtischer Neurose, die in einem Größenselbst befangen waren, das ganze Kollektiv mit in die Grandiositätsvorstellung rissen, so daß dann die gesamte Gruppe in Größenphantasien verharrte. So verhielt es sich in einer fraktioniert, d. h. vierteljährlich für mehrere Sitzungen von insgesamt 10 Stunden Dauer während eines Wochenendes zusammenkommenden Ärztegruppe. Einer der Kollegen, klein von Statur, der in seiner Kindheit offensichtlich nie jene ungeteilte Aufmerksamkeit erlangen konnte, die er sich ersehnt hatte, versuchte, seine narzißtische Störung stets durch seine ausgezeichnete Redebegabung zu kompensieren. Er hatte eine Tochter aus vermöglichem Hause geheiratet, um seinem grandiosen Selbst Genüge tun zu können, war in dieser Ehe aber nie eigentlich befriedigt. In der Gruppe nun fand er dankbare Zuhörer für seine Reden. Er verwendete oft auch wohlwollende Stereotype (*Hofstätter*, 1957 b) für die eigene Gruppe und herabsetzende für Fremdgruppen. Diese Selbsterfahrungsgruppe fühlte sich sichtlich geschmeichelt, lachte auch zufrieden, wenn dieser Kollege sie in aller Größe darstellte. Es ist wohl kein Zufall, daß diese Gruppe kaum mehr auseinanderzugehen wünschte, und einmal ein Kollege halb ironisch, halb ernst bemerkte: „So laßt uns denn zusammenbleiben, bis der Tod uns trennt.“ Es hatte sich dieser Gruppe eine Größenvorstellung bemächtigt, die im Grunde genommen ihre ungenügende analytische Arbeit verdeckte. Es kam zweifellos auch einer Gegenübertragungstendenz des Therapeuten entgegen, daß die Gruppe in so großartigem Lichte dastand. Er erhielt damit einen – allerdings zweifelhaften – Glanz, der teilweise wohl auch seinen Blick für die therapeutischen Notwendigkeiten trübte.

Die Gefahr des Entstehens eines narzißtischen Größenselbst ist in einer Gruppe umso eher gegeben, je mehr Beteiligte sich darin vorfinden, die mit solchen Kompensationen ihre mangelnde Selbstidentität zu überbrücken versuchen, und je mehr sich die Gruppe gegenüber außen abschließt und entsprechende Auto- respektive Heterostereotype (*Hofstätter*, 1957 a) entwickelt. Als wir in der Baseler Psychiatrischen Universitätsklinik mit Spitalabteilungen von 20 bis 25 Patienten gesamthaft Gruppentherapie trieben, konnten wir erkennen, daß sich etwa solche Stereotype in bezug auf die eigene Abteilung bzw. auf die fremden Krankenabteilungen entwickelten. Ein solcher Prozeß konnte für die Patienten und die Klinik förderlich sein, indem so Rivalität der verschiedenen Abteilungen um das Erreichen

des therapeutischen Ziels und auf der Krankenstation selbst eine Kohäsion entstand, die es gestattete, die Krankenabteilung offener zu halten. Es konnte aber auch eine Subkultur mit entsprechenden Größenvorstellungen in bezug auf die eigene Abteilung entstehen, die es bedingte, daß sich die Gruppe gegenüber außen zu sehr abschloß. Auch war es gelegentlich schwierig, die Patienten zum Austritt aus dem Spital zu bewegen, da sie zuhause nicht mehr dieser fiktiven Größe teilhaftig waren. Ja, es war sogar etwa kaum zu erreichen, daß die Patienten auf eine andere Abteilung verlegt wurden, selbst wenn die Transferierung eine Besserstellung beinhaltete. Zu dieser Verweigerung der Verlegung dürfte wohl beigetragen haben, daß sie dann eben nicht mehr im Glanze der Gruppe standen. Allerdings kommt noch hinzu, daß in den Beteiligten jene archaische Verbundenheit von Gruppe und Raum wieder auflebt, wie sie *Lévy-Bruhl* (1927) insbesondere für die primitiven Kulturen beschrieben hat, die es bedingt, daß sie sich nur dann in eine Gruppe integriert fühlen, wenn sie auch den Raum mit ihr teilen.

Das Entstehen eines narzißtischen Gruppenselbst kann nicht nur in der Therapie eine Gefahr beinhalten, sondern auch in anderen Klein- oder Großgruppen, wie beispielsweise religiösen Sekten, politischen Vereinigungen und ganzen Völkern. Ist es nicht auch die Entwicklung eines narzißtischen Größenselbst im Sinne einer Grandiositätsvorstellung, das Völker unter Anleitung besonders affizierter Führerfiguren in Kriege oder Ausrottungsorgien gegenüber anderen Volkschaften stürzen kann? Die gruppenpsychotherapeutische Situation gibt, wird sie analytisch beachtet und ausgenützt, geradezu ein Modell ab für den größeren Rahmen der Sozietät und der politischen Bühne. Dabei ist zu beachten, daß die Verstärkerwirkung der Gruppe auf die Gefühle, die allen Gruppen inhärent ist, umso mehr in Erscheinung tritt, je größer das Kollektiv ist. Dementsprechend werden Neigungen zu Größenvorstellungen in einem Großkollektiv stärker potenziert als in einer Kleingruppe. Im therapeutischen Bereich hat der Therapeut immer wach zu sein für solche Entwicklungen. Er soll sie nicht etwa im Keime ersticken, sondern, wenn es nicht andere Mitglieder tun, immer wieder durch Feedbacks und/oder Deutungen die Zugehörigen auf solche Entwicklungen aufmerksam machen und die Beteiligten mit ihren entsprechenden Konflikten konfrontieren. Es ist wichtig, daß er sich davor hütet, als Lehrer oder als Moralapostel zu wirken. Auch muß er sich davor schützen, selbst solchen Größenvorstellungen zu verfallen. Deshalb fordern wir, daß alle, die Gruppenanalytiker werden wollen, eine – individuelle – Psychoanalyse (Lehranalyse) und dann noch eine Selbsterfahrung in einer analytischen Gruppe (Lehrgruppenerfahrung) durchmachen. Solche Entwicklungen zu einem narzißtischen Gruppenselbst hat der Therapeut jedoch nicht von vorneherein abzubremsen. Er hat ihnen gegenüber vielmehr jene wohlwollende Nähe, aber auch jene Reserve zu zeigen,

die den Gruppenbeteiligten die Gewissheit gibt, daß er gefühlsmäßig teilnimmt, auch wenn er Reserven anzubringen hat und darüber wacht, daß die Grandiositätsvorstellung nicht zu gefährlichem Agieren der Gruppe führt. Es ist wichtig, daß die Gruppe sich solcher Tendenzen rechtzeitig bewußt wird, da sonst bei den Mitwirkenden Frustrationen oder aber Schuldgefühle auftreten, die dann erst recht eine Therapie erfordern, und andere, nicht direkt Betroffene durch entsprechende Fehlhaltungen der narzißtisch Gestörten allzu sehr in Mitleidenschaft gezogen werden könnten.

In einer fraktioniert stattfindenden analytischen Selbsterfahrungsgruppe von Ärzten, die wie die bereits vorher erwähnte, entsprechende Gruppe sich vierteljährlich zu einem Wochenende für 10 Stunden traf, saß eine der Beteiligten mit einer Mimik, die ihre Überlegenheit dokumentieren sollte. Sie nahm an der Gruppenaktivität sehr wenig teil. Auf Aufforderung der Gruppenmitglieder sprach sie in der 29. Sitzung mehr als üblich. Sie erklärte, daß sie an ihrem Wohnort bei einem berühmten Analytiker an einem Kontrollkolloquium teilnehme, und sie ließ durchblicken, daß diese Gruppe nicht an jenen analytischen Kontrollzirkel herankomme. Sie sei schon einmal in einer Gruppe bei einem bekannten Gruppenpsychotherapeuten gewesen. Doch habe sie sich mit ihm angelegt, und sie sei dann ausgetreten. Es zeigte sich, daß die Kollegin, die narzißtisch aufs schwerste gestört war, ihre Grandiositätsvorstellungen auf die Kontrollgruppe, in der sie integriert war, ausdehnte. Es bestand in dieser Kontrollgruppe sicher nicht bei allen, insbesondere nicht bei dem mir bekannten Analytiker die Grandiositätsphantasie, die die Patientin mit ihr verband. Doch hinderten sie ihre eigenen Größenvorstellungen in bezug auf die Kontrollgruppe, sich in die analytische Selbsterfahrungsgruppe zu integrieren, und sie hatte, wie erwähnt, bereits einmal einen solchen Kreis verlassen, ohne daß sie wirklich hätte Kontakt aufnehmen können. Es galt, der Kollegin diesen Mechanismus klar zu machen und ihr dabei mit jenem Verständnis zu begegnen, das ihr eine Öffnung zur Gruppe hin ermöglichte. Mit der Erwähnung der Größenvorstellung dieser Ärztin, die sich auf eine Gruppe bezog, haben wir zeigen wollen, daß ein narzißtisches Gruppenselbst nicht nur möglich ist, indem das ganze Kollektiv eine gleichgerichtete Phantasie hegt. Die Entwicklung eines narzißtischen Gruppenselbst ist auch in der Phantasie eines einzelnen im Sinne einer Erweiterung eines Größenselbst auf die ganze Gruppe möglich, ohne daß aber tatsächlich die anderen gleichgerichtete Phantasien hätten.

Es wird in der therapeutischen Gruppe oft rascher und intensiver die narzißtische Störung eines einzelnen aktiviert als in der therapeutischen Zweiersituation. Diese Mobilisierung ungestillter narzißtischer Bedürfnisse und deren Kompensation durch ein Größenselbst kann den Gruppenpro-

zeß stören, indem die übrigen Beteiligten durch den narzißtisch Betroffenen zu sehr abgewertet, kaum beachtet oder auch daran gehindert werden, sich genügend zu äußern. Doch kann auch der narzißtisch Gestörte selbst zu sehr einem Leidensdruck ausgesetzt werden, wenn er im Rahmen der Gruppe nicht genügend beachtet wird und eine Aufmerksamkeit fordert, die er nicht erhält. So war es bei einer 25-jährigen Tochter eines Chemikers der Fall. Der Vater hatte die Aufmerksamkeit der Mutter völlig für sich beansprucht und die Patientin mit ihren Brüdern in seiner Anwesenheit nicht zu Worte kommen lassen. Auch wußte man nie, welcher Laune er sein werde. Zu allem kam noch dazu, daß er ein psychologisches Halbwissen hatte und, wenn er die Kinder gezüchtigt hatte, ihnen jeweils sagte: „Das geschah ja alles nur, weil wir dich gern haben.“ Die Patientin hatte an einer ersten, kurzdauernden Gruppenerfahrung teilgenommen, welche den Beteiligten nur zeigen wollte, was sich in einer therapeutischen Gruppe ereignen kann. Doch verspürte sie ihre ganze ungestillte Bedürftigkeit hochkommen, und sie setzte alles daran, mit dem Therapeuten, der schon in vorgerückteren Jahren stand, weiter in Kontakt zu bleiben. Der Therapeut sagte ihr aber, daß sie eine regelmäßige Gruppenbehandlung benötige. Sie kam deshalb in eine jede Woche für eineinhalb Stunden zusammentretende Gruppe. Aber auch in diesem Kreis traten Schwierigkeiten auf, weil sie die ganze Zeit für sich beanspruchte, über ihre libidinösen Entbehrungen berichtete und sich stets vor allem durch den Gruppenleiter nicht entsprechend beachtet fühlte. Es mußte der Patientin deshalb nahegelegt werden, sich neben der Gruppenbehandlung auch einer Einzeltherapie zu unterziehen, da die Gruppe sich ihrer nicht so annehmen könne, wie sie es tatsächlich benötige. Bei dieser Patientin hatte die narzißtische Konflikthaftigkeit nicht zu einem Größenselbst, sondern zu einer Fixierung an ein narzißtisches Selbstobjekt (*Kohut, 1973*) geführt, das sie immer wieder in der Gruppe (im Leiter) suchte. Ihre Kompensation der narzißtischen Störung durch Fixierung an ein Selbstobjekt, mit dem sie zu ihrer Selbststärkung fusionieren wollte, wirkte sich nun aber störend auf die Gruppe aus. Eine derartige Ausrichtung eines narzißtisch gestörten Mitgliedes auf ein Selbstobjekt kann demnach eine Gruppe ebenso behindern wie eine Grandiositätsvorstellung eines einzelnen. Allerdings schließt die Größenphantasie eines Beteiligten noch zusätzlich die Gefahr in sich, daß die ganze Gruppe, wenn sie die Grandiositätsvorstellung nicht verwirft – was den Betroffenen schwer traumatisierte – sich damit identifiziert. Schwer narzißtisch Gestörte sollten deshalb nicht nur ihretwegen, sondern wegen der möglichen Implikationen für einzelne andere oder die Gesamtheit vorerst nicht in einer Gruppe, sondern einzeln behandelt werden.

Zum Schluß können wir sagen, daß Ödipuskomplex und Rivalitätskonflikt beinahe in jeder Gruppenanalyse aufkommen und zu den Konfliktstoffen gehören, die üblicherweise bearbeitet werden müssen.

Tritt aber ein narzißtisches Größenselbst bei einem der Beteiligten in Erscheinung – oder auch die Fixierung an ein narzißtisches Selbstobjekt –, erfordert es die besondere Wachsamkeit des Therapeuten. Es besteht sonst die Gefahr, daß die therapeutische Gruppe unbeachtet in Größenvorstellungen gerät (narzißtisches Gruppenselbst) und/oder aber der einzelne narzißtisch Gestörte noch weiteren Schaden nimmt, indem er entweder die Maße der äußeren Realität verliert oder aber zu wenig Aufmerksamkeit und emotionale Zuwendung erfährt.

Zusammenfassung

Nach einer initialen explorativen Kontaktnahme ist in jeder analytischen Gruppe eine Phase der Regression der Beteiligten zu erkennen. In diesem Stadium erwarten sie vom Therapeuten Anleitung und Führung. Der Leiter gelangt so in eine übergeordnete Position. Wie an Beispielen gezeigt wird, gerät er in der Übertragung der Beteiligten ins Zentrum von Ödipus- und Rivalitätskonflikten der Mitglieder. Anachronistische Fehlhaltungen, die damit verbunden sind, treten in Erscheinung und können so aufgearbeitet werden. Bei narzißtisch Gestörten im Sinne von *Kohut* können kompensatorisch Größenvorstellungen und Fixierungen an Selbstobjekte auftreten, die den Gruppenprozeß beeinträchtigen. Dabei fühlen sich die Betroffenen in der Regel nicht genügend beachtet, frustriert. Doch kann die gesamte Gruppe in Grandiositätsvorstellungen mit hineingezogen werden, so daß es dann zu einem narzißtischen Gruppenselbst kommt. Der Therapeut sollte durch eine Lehranalyse und eine ergänzende Gruppenanalyse in der Lage sein, Gegenübertragungstendenzen zu erkennen, die solche Entwicklungen zu einem narzißtischen Gruppenselbst begünstigen. Bei narzißtisch schwer beeinträchtigten Patienten ist es angezeigt, sie zuerst in einer Einzelanalyse jene umfassende therapeutische Aufmerksamkeit erfahren zu lassen, derer sie bedürfen, und sie erst dann in eine therapeutische Gruppe einzugliedern.

Oedipus-Complex, Competition Conflict, Narcissistic Self of the Group: Three Essential Problems

Raymond Battegay

After an initial exploratory contact within an analytic group, the members of any such group enter a regressive phase. In this phase they expect the Therapist to act as instructor and leader. The therapist thus is put into a superordinate position. As the examples show, he is propelled into the center of the group members' oedipal and rivalry conflicts by means of the members' transference. In this way anachronistic maladaptions connected with those conflicts come to the surface and can thus be dealt with. With narcissistically disturbed persons, as *Kohut* describes them, compensatory ideas of grandiosity and fixations to self-objects may occur, influencing the

group process. In such cases the respective group members feel that not enough attention is paid to them; they feel frustrated. But it is possible that the whole group gets involved in delusions of grandiosity resulting in a narcissistic group-self. Through a teaching analysis and a complementary group analysis the therapist should be in a position to detect counter transference tendencies which foster the development of such a narcissistic group-self. Highly narcissistic patients should joining a therapeutic group, that undergo an initial individual analysis in order to let them experience the kind of total therapeutic attention which they need.

Literatur

- Battegay, R.* (1966): Geschwisterrelationen als Funktionsmuster der (therapeutischen) Gruppen. In: *Psychother. Psychosom.* (14) 251
– (1961): Die Verstärkerwirkung der Therapeutischen Gruppe. In: *Prax. Psychother.* (6) 9
Etzioni, A. (1967): *Soziologie der Organisationen* (München: Juventa)
Freud, S. (1900): *Die Traumdeutung* (London: Imago)
Hofstätter, P. R. (1957a): *Psychologie* (Frankfurt/Main: Fischer)
– (1957b): *Gruppendynamik* (Hamburg: Rowohlt)
Kohut, H. (1973): *Narzißmus* (Frankfurt/Main: Suhrkamp)
Lévy-Bruhl, L. (1927): *Die geistige Welt der Primitiven* (München: Bruckmann)
Slavson, S. R. (1956): *Einführung in die Gruppentherapie* (Göttingen: Verlag für medizinische Psychologie)

Adresse des Autors:

Prof. Dr. med. Raymond Battégay
Psychiatrische Universitätspoliklinik Basel
Petersgraben 1
CH – 40 51 Basel

Berliner Kassenärztliche Vereinigung hat keine Kompetenz

Nach Feststellungen des Sozialgerichts Berlin und nach eigenem Eingeständnis der Berliner Kassenärztlichen Vereinigung ist diese inkompetent und nicht befugt, sich zur Anerkennung des Berliner Lehr- und Forschungsinstituts für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik (LFI) der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) zu äußern und darüber zu entscheiden. Das ist das wesentliche Ergebnis der mündlichen Verhandlung vom 23. 6. 76, die den seit zwei Jahren anhängigen Prozeß zu Ende brachte.

Dieser Prozeß war notwendig geworden, weil die Berliner Kassenärztliche Vereinigung der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) die Anerkennung bestritten hat.

Das Sozialgericht stellte fest, daß auf Bundesebene die Frage der Anerkennung von Ausbildungsinstituten für Psychoanalyse durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung in Köln geklärt werden muß. Für die Entscheidung in dieser Frage ist das Gericht in Köln zuständig.

Nachdem die Prozeßvertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Berliner Kassenärztlichen Vereinigung erklärt hatten, gegen die DAP noch keine Entscheidung getroffen zu haben, erledigte sich die Klage vor dem hiesigen Sozialgericht von selbst, so daß der Prozeß in Köln fortgeführt werden kann.

Für die Fortführung des Prozesses wird wichtig sein, daß inzwischen 16 Ärzte, die in den Instituten der DAP ihre Ausbildung erhielten, die Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ erhalten haben und damit die Ermächtigung zur „Großen Psychotherapie“ ihrer zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen.

Balintgruppen für Ärzte
 Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin
 (DGPM) e. V.

Die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM) e. V. (Sitz: Leopoldstr. 87, 8000 München 40) veranstaltet in den Lehr- und Forschungsinstituten der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e. V. in Berlin (Wielandstr. 27-28, 1000 Berlin 15), München (s. o.), Düsseldorf (Schadowstr. 86-88) sowie durch die Arbeitsgruppe Saarbrücken (Auskunft über München) regelmäßig Balintgruppen für Ärzte und bildet Balintgruppenleiter aus.

Titel:	Start:	Leiter:
<i>Berlin</i> BB 3	5.—7. 11. 1976	Dr. med. Hella Kleucker Dr. med. Elke Jansen
<i>München</i> BM 3	16./17. 10. 1976	Dr. med. Dieta Biebel Dr. med. Bernd Vigener
BM 4	16./17. 10. 1976	Winfried Schibalski, Psychiater
BM 5	Februar 1977	Dr. med. Marion Winnewisser Dr. med. Fritjof Winkelmann Dr. med. Jochen K. Fink
<i>Düsseldorf</i> BD 2	15.—17. 10. 1976	Dr. med. Mathias Hirsch Dr. med. Klaus Heuschen
<i>Saarbrücken</i> BS 1	30./31. 10. 1976	Winfried Schibalski, Psychiater
BS 2	30./31. 10. 1976	Dr. med. Elke Jansen Dr. med. Karin Ammon
Honorar je Doppelstunde: DM 30,—		

Anschrift des Herausgebers/editor's address:

Dr. med. Günter Ammon, 1 Berlin 15, Wielandstr. 27/28

Manuskripte nehmen entgegen/manuscripts should be sent to: Hauptschriftleitung

Dr. med. Günter Ammon und Gisela Ammon,
 1 Berlin 15, Wielandstr. 27/28

Weitere Mitglieder der Redaktion/members of the editorial staff:

Dr. med. Elke Jansen, Dr. Harald Knudsen, Galina Rave (Nachrichten), Dr. med. Gerd Röhling, Petra Schneider, Helmut Volger (Anzeigen)

Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik (LFI)
 Berlin, 1 Berlin 15, Wielandstr. 27/28