

Dynamische *Dynamic* Psychiatrie *Psychiatry*

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse
Herausgegeben von Günter Ammon

DAS BORDERLINE-SYNDROM IN THEORIE UND PRAXIS III

Gerd Röbling

Ich-strukturelle Ansätze in der Psychodynamik des Suchtgeschehens

Mathias Hirsch

Zur Genese des Borderline-Syndroms in der Familiengruppe
anhand der Falldarstellung eines autistisch reagierenden Kindes

Michael A. Simpson

Self-Mutilation and the Borderline-Syndrome

PROBEHEFT

10. Jahrgang

1. Heft 1977

PINEL-PUBLIKATIONEN BERLIN

42

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)
10. Jhg., 1. Heft 1977, Nr. 42

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 – E. Ekstein, Los Angeles – A. A. Fischer, Maastricht – 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 – H. Illing, Los Angeles – I. Jakab, 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. Smirnoff, Paris – T. C. Sinha, Calcutta – J. Sutherland, Edinburgh – V. Tähkä, Helsinki – Y. Tokuda, Tokio – E. Weigert, Chevy Chase – W. Th. Winkler, Gütersloh – W. Z. Winnik, Jerusalem – E. D. Wittkower, Montreal.

	Seite
Geleitwort	1
<i>Gerd Röbling</i> (Berlin)	
Ich-strukturelle Ansätze in der Psychodynamik des Suchtgeschehens	4
Ego-Structural Approaches in the Psychodynamics of Addictions	17
<i>Mathias Hirsch</i> (Düsseldorf)	
Zur Genese des Borderline-Syndroms in der Familiengruppe anhand der Fall- darstellung eines autistisch reagierenden Kindes	23
On the Etiology of the Borderline-Syndroms in the Family-Group Demon- strated by a Case Study of an Autistic Reaction	38
<i>Michael A. Simpson</i> (London)	
Self-Mutilation and the Borderline-Syndrome	42
Die Selbstverstümmelung und das Borderline-Syndrom	47
Buchbesprechungen/ <i>Book Reviews</i>	49
Nachrichten	66

Geleitwort zum 1. Heft des 10. Jahrganges der Dynamischen Psychiatrie/*Dynamic Psychiatry*

Es ist mir eine große Freude und Genugtuung feststellen zu können, daß unsere Zeitschrift nunmehr die Schwelle zum 10. Jahrgang überschritten hat. An dieser Stelle möchte ich den damaligen fast ausnahmslos amerikanischen Taufpaten danken, besonders aber Prof. *Karl Menninger* (Topeka) und Prof. *Rudolf Ekstein* (Los Angeles); danken möchte ich auch den treuen und zuverlässigen, ständigen Mitarbeitern der Zeitschrift, ihren Autoren, den Mitgliedern der Redaktion, im besonderen der Leiterin der Pinel-Publikationen Berlin, *Galina Rave*, und dem immer stärker ansteigenden Abonnentenstamm mit Abonnenten vorwiegend in der BRD und West-Berlin. Besonderer Dank gebührt auch meiner lieben Frau *Gisela*, die mir treu in der Hauptschriftleitung zur Seite steht und der wir zu verdanken haben, daß die ersten Nummern der Zeitschrift aus dem Nichts heraus entstehen konnten.

Mit Recht glaube ich sagen zu können, daß diese Zeitschrift bereits jetzt einen ganz entscheidenden Beitrag für die Entwicklung und Verbreitung einer Dynamischen Psychiatrie in Europa geleistet hat. Grundlegende theoretische und behandlungstechnische Arbeiten der Berliner Schule wurden hier veröffentlicht, die das von mir konzipierte Ich- und Gruppenkonzept als Neu- und Weiterentwicklung in die Psychoanalyse und die Psychiatrie einführten. Damit wurde ein Beitrag zur gegenseitigen Integration dieser beiden Fachgebiete geleistet und somit die verhängnisvolle Spaltung aufgehoben.

Erstmals wurde hier das Ich-strukturelle Konzept dargestellt, in dem die zentralen Ich-Funktionen einerseits in Verbindung zu den primärbiologischen und andererseits zu den sozialen, sekundären Ich-Funktionen stehen, und die damit verbundene Psychogenetik und Psychodynamik der umgehenden Gruppe.

Grundlegende Neu- und Weiterentwicklungen psychoanalytischer Behandlungstechniken, von Psychosen und Psychosomatik, fanden hier ihre Veröffentlichung genauso wie Berichte über die Entwicklung von Psychoanalytischen Kindergärten, die der Prävention dienen, und deren erste Forschungsergebnisse. Die Psychodynamik von Tod und Sterben, das Gebiet einer psychoanalytischen Gruppendynamik und Gruppenpsychotherapie, die gesellschaftlichen Bezüge einer psychoanalytischen Ausbildung fanden ebenfalls in dieser Zeitschrift ihr Forum.

Die Zeitschrift, die zuerst zweimal, dann drei- bis viermal jährlich erschien, erscheint seit vier Jahren mit sechs Ausgaben im Jahr. Dies danken wir ganz besonders der zielstrebigen und umsichtigen Arbeit des Verlages Pinel-Publikationen Berlin GmbH, der im Jahre 1971 vom Erst-

verlag H. Heenemann GmbH die Zeitschrift übernahm; nicht nur das Out-let der Zeitschrift danken wir dem Verlag, sondern auch die Konstanz der Auflage von 2000 Exemplaren.

Man wird mir zustimmen, daß diese Zeitschrift aus dem psychiatrischen und psychoanalytischen Schrifttum nicht mehr wegzudenken ist und einen wichtigen und einflußreichen Platz bei großer Beliebtheit unter ihren Lesern errungen hat.

Günter Ammon

A Word from the Editor Opening the Tenth Volume of the „Dynamic Psychiatry“

With great pleasure and satisfaction I should like to point out that our journal has passed now the threshold of the tenth annual volume. I like to thank here the sponsors of that time who were nearly all Americans, such as *Karl Menninger* (Topeka) and *Rudolf Ekstein* (Los Angeles). I also like to thank the permanent co-workers of the journal for their loyalty and reliability, as well as the contributors, the editorial staff, especially the executive of the Pinel Publikationen Berlin, *Galina Rave*, and the continually increasing number of subscribers, above all from Western Germany and West Berlin. I am very much indebted to my dear wife *Gisela* who assists me in editing this journal. It was due to her that the first issues of the journal could develop ex nihilo.

With good reasons I can say that this journal already now has contributed decisively to develop and to further a Dynamic Psychiatry in Europe. Fundamental papers of the Berlin School, concerning theory and therapeutic treatment were published in this review, introducing my ego- and group concept into psychoanalysis and psychiatry as a new and further development. This was a contribution to integrate these two fields by overcoming their fatal split.

It was in the „Dynamic Psychiatry“ that the concept of ego-structures was represented for the first time, combining the central ego-functions with the primary biological ego-functions on the one side and the social secondary ones on the other, within their interdependence with the psychogenetics and psychodynamics of the surrounding group.

Fundamental new and further developments of psychoanalytic treatment techniques of psychoses and psychosomatics were published in this journal as well as reports on the development of Psychoanalytic Kindergartens in the service of prevention. This journal was also a forum for the psychodynamics of death and dying, for psychoanalytical group dynamics and group therapy and for the social aspects of psychoanalytic training.

At first the „Dynamic Psychiatry“ was published twice, then three and four times a year, for four years now it has been appearing in six annual issues. This is due to the systematic and circumspect work of the Pinel Publikationen Berlin GmbH, which in 1971 took over the journal from the first publisher H. Heenemann GmbH. We owe to the publisher not only the out-let of the journal, but also the constant edition of 2000 copies.

There will be wide agreement that the „Dynamic Psychiatry“ has gained much influence among its readers and found an important place in psychiatric and psychoanalytic literature.

Günter Ammon

Ich-strukturelle Ansätze in der Psychodynamik des Suchtgeschehens**

Gerd Röhling*

Auf der Basis des von Günter Ammon erarbeiteten Ich-strukturellen Konzeptes der Borderline-Erkrankungen versucht der Autor Ansätze zur Psychodynamik und Ich-Struktur süchtiger Patienten zu entwickeln. Als zentrale Abwehrmechanismen erscheinen beim Suchtkranken die Verleugnungshaltung gegenüber der Realität und die Idealisierung eines extra- und intrapsychisch nicht verfügbaren, halluzinierten Objektes. Es wird der Frage nachgegangen, wie diese Abwehrstrukturen aus der Familiendynamik ableitbar sind, wie sich die Familienstruktur zu einer Welt der inneren Objekte gruppiert, wie sich diese in eine spezifische Ich- und Über-Ich-Struktur umsetzt und welche therapeutischen Konsequenzen daraus ableitbar sind.

Die Familiendynamik des Suchtkranken ist gekennzeichnet durch einen geringen emotionalen Kontakt, eine defizitäre Kommunikation, Wahrnehmungsverbote und Realitätsverleugnung bei gleichzeitig starken idealisierenden Tendenzen als Ausdruck einer Familienideologie. Das Verhalten der Mutter schwankt zwischen einem hilflosen, stummen Sich-Anklammern an das Kind und einem oft abrupten emotionslosen Fallenlassen bei Verweigerung einer Realitätskontrolle.

In der Beziehung zur Mutter, die die erste Realität im Leben des Kindes darstellt und die Brücke zu jeder weiteren Realitätserfahrung bildet, lernt das Kind zwischen Phantasie und Wirklichkeit zu unterscheiden und die Realität zu testen. Wenn — wie beim Suchtkranken — die Mutter falsch und diffus wahrgenommen werden muß, wird jede spätere Realität falsch und diffus gesehen. Der Patient bleibt seinen diffusen Wahrnehmungsprozessen hilflos ausgeliefert und kann sie nicht integrieren. Es bestehen Gemeinsamkeiten mit der anaklitischen Depression, hingegen deutliche Unterschiede zur schizophren-, psychosomatisch- und pervers-machenden Familiendynamik.

Aus der tiefen Störung der Integrationsprozesse in der symbiotisch-oralen Phase, deren Ich-Aspekt gegenüber dem Triebgeschehen vom Autor stärker in den Vordergrund gestellt wird, resultiert eine innere Objektwelt, deren Diffusität und Desintegriertheit der verleugnenden und integrationsunfähigen Familiensituation der Kindheit entspricht und die sich in eine zeitlich und strukturell diskontinuierliche Ich-Struktur mit Realitäts- und Denkstörungen umsetzt. Die introjizierten Objekte können innerpsychisch nicht geprüft, assimiliert und integriert werden; die Folge ist eine starke Desintegration der Ich- und Über-Ich-Struktur. Der Prozeß der Ich- und Identitätsbildung ist schwer gestört, weil die introjizierten Objekte nicht in eine Kommunikation treten können und dadurch das Ich nicht zu einer funktionalen Kohärenz und Identität finden kann. Das schlägt sich in einem Verhalten des Suchtkranken nieder, das sich durch einen oft abrupten Wechsel extremer Ich-Zustände auszeichnet. So kann eine zeitweise zwanghaft-starre, regulationsunfähige Ich-Abgrenzung plötzlich umschlagen in eine völlige Auflösung der Ich-Grenzen und eine psychotische Desintegration des Ichs im diffusen Strudel exzessiver Sucht.

Abschließend umreißt der Autor einige Aspekte der Ich-strukturellen Therapie, wie sie sich aus der beschriebenen Krankheitsstruktur der Sucht ableiten lassen.

Der Abwehrcharakter, der weiterhin die Diskussion um die Sucht als eines psychosozialen Problems ersten Ranges bestimmt, liegt darin, das Suchtproblem auf ein Problem exzessiven Mißbrauchs des Suchtmittels zu reduzieren. Dieses Haften an einer fassadären Oberfläche der körper-

*Dr. med., Lehranalytiker am Berliner Lehr- und Forschungsinstitut der DAP

**Vortrag gehalten auf dem VIII. Internationalen Symposium der DAP, 1. – 4. Oktober 1976, Universität Düsseldorf

lichen Abhängigkeit vom Suchtmittel Alkohol und die Abwehr der unbewußten psychischen und sozialen Dynamik ähnelt in einer geheimen Verwandtschaft und unbewußten Komplizenschaft der Abwehrformation des Alkoholüchtigen als eines Borderline-Patienten par excellence im Sinne der Abwehr (*Ammon, 1976*).

Mit den lebensgeschichtlichen Ursachen süchtigen Verhaltens und der gewordenen Persönlichkeitsstruktur des Suchtkranken allerdings hat die herkömmliche Psychiatrie, die ihre Rechtfertigung und ihre Grenze in einer kritischen, von zwanghaften Zügen nicht ganz freien Phänomenologie der Krankheitsbilder gefunden hat, sich wenig beschäftigt. *Kraepelin* (1904) hat dem Alkoholiker Haltlosigkeit, Willensschwäche, Mangel an Hemmungen und Asozialität bescheinigt. Wird so einerseits dem Alkoholiker ein Charakterdefekt, eine Psychopathie angelastet – wobei das Urteil „angeboren“, das von weiterem Nachdenken befreit, schnell zur Hand ist –, so wird andererseits (z. B. im bekannten Lehrbuch von *Bleuler, 1969*) die Alkoholkrankheit als Folge des Alkoholgenusses verstanden, wobei diese sekundären körperlichen und psychischen Schädigungen als eigentliche Krankheit minutiös beschrieben werden. Es nimmt so nicht wunder, daß als Behandlungsstrategie nur eine „Erziehung zur Totalabstinenz“ (*Bleuler, 1969*) angegeben wird, wobei sich in dieser Formulierung die moralisierende Pädagogik, die nicht selten die Haltung des deutschen Psychiaters strukturell durchsetzt, niederschlägt. *Jellinek* (1952 und 1960), der heute vielzitierte Autor auf dem Gebiet der Alkoholforschung, teilt den Alkoholismus in fünf Formen ein. Obwohl er die erste Form, das Erleichterungstrinken, durchaus von einem psychischen Ursachengeflecht determiniert sieht, wird der chronische Alkoholismus, dem als Gamma- und Deltaalkoholismus allein Krankheitswert zuerkannt wird, als Folge eines somatischen Krankheitsgeschehens angesehen. *Schmidt* (1972) definiert den Alkoholismus als eine „abnorme Reaktion gegenüber Alkohol, ohne sagen zu können, welche Mechanismen dieser veränderten Alkoholreaktion zugrunde liegen“. Durch den Vergleich mit dem somatischen Geschehen der Allergie wird – unter Ausblendung der psychischen Ursachen – der Alkoholismus in den Zwangsrahmen eines eingeschränkten medizinisch-naturwissenschaftlichen Verständnisses gepreßt. So wird dann der Alkoholismus als eine schicksalshafte Krankheit verstanden, der gegenüber man sich – so z. B. die Gruppen der anonymen Alkoholiker – in einem Gefühl der Ohnmacht zusammenschließt, um durch die Organisierung einer Abwehridentität den tückischen Erzfeind Alkohol zu bekämpfen.

Wird so einerseits der Alkoholismus als Folge des Trinkens angesehen und damit jegliche Psychodynamik geleugnet, so werden auf der anderen Seite dem alkoholkranken Patienten gewisse Charaktereigenschaften zugeschrieben, die unter dem Begriff der Psychopathie subsummiert werden. Dieser Begriff impliziert durchaus, daß – psychoanalytisch gesprochen –

eine besondere Ich-Struktur – nämlich eine psychopathische – für den Suchtkranken angenommen wird, die in einer Reihe von definierten Verhaltensattributen und psychologischen Phänomenen ihren Ausdruck findet. Alle diese Attribute wie Haltlosigkeit, Mangel an Willenskraft, mangelnde Hemmungen ließen sich wohl unter den sehr vagen Begriff einer Ich-Schwäche zusammenfassen. Das Problem, wie es zu dieser Ich-Schwäche kommt, wird umgangen durch das Postulat sogenannter angeborener Anlagen, die sozusagen die Matrix darstellen für die sich daraus – quasi naturgesetzlich – entwickelnden oben genannten Attribute. Das Ich aber ist ein Ort, in dem in bezug auf die umgebende Gruppe der Menschen und Dinge Wahrnehmungen aufgenommen, Erfahrungen gemacht und in Denken, Verhalten und Handeln umgesetzt werden. Dieses Ich entwickelt sich in lebensgeschichtlichen Zusammenhängen. Selbst wenn man von der unbewiesenen Annahme ausgehen würde, daß angeborene Anlagen die Grundlagen zu den Charaktereigenschaften bilden, so bleiben die Vertreter dieser Richtung völlig die Antwort schuldig, in welcher Weise sich diese Anlagen denn entfalten und in ein Ich-Verhalten, das die Beziehung des Menschen zu seiner Umgebung bestimmt, umsetzen. Im übrigen ist es doch sehr auffällig, daß – wenn man einmal den inkriminierenden Unterton, der mehr mit moralischen Abqualifizieren als mit Wissenschaftlichkeit zu tun hat, wegläßt – alle die Eigenschaften wie Haltlosigkeit, Willensschwäche, Hemmungslosigkeit Qualitäten sind, die jedem gesunden Säugling zukommen und die sich in der Interaktion mit der Mutter und der umgebenden Gruppe entwicklungsgeschichtlich verändern.

Dagegen hat die Psychoanalyse schon früh auf die Psychodynamik und die lebensgeschichtlichen Determinanten süchtigen Verhaltens hingewiesen. *Freud* (1927) sah den Rausch als eine der Methoden, um sich dem „Zwang des Leidens“ zu entziehen. Bereits 1908 hatte *Abraham* die Sucht als Surrogat der Sexualität beschrieben, die Analogie zu sexuellen Perversionen betont und auf die Homosexualität suchtkranker Patienten hingewiesen. *Tausk* (1915) wertete das alkoholische Beschäftigungsdelir als Ausdruck sexueller Erregung, verwies allerdings bereits neben der homosexuellen auch auf die narzißtische Problematik. *Schilder* (1925) wies im Zusammenhang mit der Homosexualität auf das Hervortreten primitiver Sexualregungen hin. Für *Simmel* (1930, 1948) repräsentiert der Drogengebrauch zunächst eine genitale Masturbation, in späteren Stadien kämen Konflikte der oralen Stufe zum Vorschein; die Sucht definierte er als artifizielle Manie. *Glover* (1932) betonte, daß nicht Menschen, sondern Drogen, d. h. Objekte für die Befriedigung sorgen. *Rado* (1926, 1934) beschreibt den megalomanen Narzißmus des Suchtkranken; die Libido bleibe im „Turnus einer erotischen Spannungsenergie ohne differenzierte Charakteristika und Organisationsformen“. *Knight* (1937 a und b) bemerkt, daß Familienkonstellationen zu spezifischen oralen

Frustrationen führen. *Fenichel* (1945) betont in Anlehnung an *Rado*, daß der Suchtkranke nicht nur sexuelle Befriedigung, sondern gleichzeitig Sicherheit und Selbstbehauptung suche. *Federn* (1952) siedelt die Sucht zwischen der Depression und der Manie an und stellt fest, daß der Süchtige „einen allzu großen Schmerz in seinem Ich“ erleide. Er leidet nicht an sich selbst, wie der Depressive, und nicht außerhalb seiner selbst, wie der Manische, durch seine Begierde leidet sein Ich entsetzlich. *Higgins* (1953) weist auf die gleichzeitige Abwehr- und Befriedigungsfunktion der Sucht hin. *De la Vega* (1971) begreift die Sucht als den letzten noch verbliebenen Abwehrmechanismus. *Hartocollis* (1969) betont die zentrale Bedeutung der Verleugnung, in deren Dienst der Alkohol stehe. Insgesamt stehen alle diese Ansätze einer psychoanalytischen Theorie der Sucht unter dem Einfluß der Triebtheorie. Sie begreifen die Sucht als Abwehr gegenüber unbewußten Triebwünschen und betonen die orale Fixierung. Ich-psychologische Ansätze bleiben marginal, leiten sich aus dem Triebgeschehen her oder bleiben in phänomenologischen Beschreibungen stecken.

Den Rahmen einer triebenergetisch orientierten psychoanalytischen Ich-Psychologie hat als erster *Ammon* konsequent verlassen, wie *Knudsen* (1976) jüngst nachgewiesen hat. Die psychodynamische und gruppendynamische Situation der frühen Kindheit geht dabei nach *Ammon* in die sich ausbildende Struktur des Ichs in seinen funktionalen und Identitätsaspekten ein. *Ammon* hat diesen Ich-strukturellen Ansatz in Bezug auf Theorie und therapeutische Technik im Zuge seines Konzeptes der „archaischen Ich-Krankheiten“ (1973 a, d) entwickelt.

Auf der Basis des *Ammonschen* Ich-strukturellen Ansatzes stellt sich die Frage nach dem Wesen der Sucht neu. Eine zureichende Theorie über die Sucht und die Persönlichkeit des Süchtigen müßte folgende Fragen beantworten:

1. Gibt es eine spezifische primäre Trieb- bzw. Ich-Ausstattung süchtiger Menschen?
 2. Welcher spezifischen Psycho- und Gruppendynamik unterliegen suchtkranke Patienten in ihrer frühen Kindheit?
 3. Welchen Einfluß hat diese Psycho- und Gruppendynamik auf die Ich-Entwicklung des Kindes, insbesondere wie werden die frühkindlichen narzißtischen Bedürfnisse befriedigt – oder nicht befriedigt – die das Ich als „external narcissistic supplies“ braucht, um Identität auszubilden?
 4. In welcher Weise setzt sich diese Psycho- und Gruppendynamik in eine spezifische Ich- und Über-Ich-Struktur um?
 5. Wie ist auf diesem Boden die spätere Symptomatik und Psychodynamik des Suchtkranken, sein Erleben und Verhalten zu verstehen?
 6. Welche therapeutischen Konsequenzen sind daraus zu ziehen?
- Ich möchte versuchen, einigen dieser Fragen ansatzweise nachzugehen, aber zunächst mit einem Fallbeispiel beginnen.

Verstört, ängstlich um sich blickend und verworren sprechend saß ein 43jähriger Patient, den ich im Rahmen meiner gruppen- und milieuthérapeutischen Arbeit mit alkoholkranken Patienten auf einer psychothérapeutischen Station der größten West-Berliner Nervenlinik behandelt habe, in der Gruppe. Seine Haltung war gekennzeichnet durch den verzweifelt bemühten, aber immer wieder scheiternden Versuch, in Einklang zu bringen, was in ihm und was um ihn herum vorging, mein Verhalten ihm gegenüber und die Reaktionen der Gruppe auf sein Verhalten zu verstehen. Seiner verschwommenen Wahrnehmungsfähigkeit entsprach eine Denkstruktur, die sich durch größte Konfusion und logische Brüche auszeichnete. Seine irritierten Anläufe, Realität zu erreichen, wurden immer wieder überflutet von einer chaotischen inneren Objekt- und Denkwelt. Er verstand nicht und fühlte sich permanent mißverstanden. Sein aufrichtiges Bemühen um Verständigung stand in grotesken Widerspruch zu dem Konflikt, in den er permanent mit der Gruppe geriet. So fühlte er sich in einem handwerklich-milieuthérapeutischen Projekt für alles verantwortlich, versuchte aufkommende Unstimmigkeiten sofort auszugleichen und übernahm in einer masochistischen Opferhaltung die eigentlich anderen zuge dachte Arbeit, die sie — wie er anklagend vorbrachte — nicht hätten ausführen können. Er verstand nicht, daß die anderen sich übergangen und ausgeschlossen fühlten und aggressiv auf ihn reagierten. Die Mutter dieses Patienten war von Geburt an an den Rollstuhl gefesselt. Sie habe an Lähmungen gelitten, deren Ursache er nie erfahren habe. Alle hätten auf die „schwerkranke“ Mutter Rücksicht nehmen müssen, der Patient selbst opferte sich in der Pflege und Fürsorge für seine von ihm verehrte und bemitleidete Mutter von frühester Kindheit an auf. Diese aufopfernde Haltung blieb auch später sein zentraler Lebensinhalt, unter grotesker Realitätsverkennung fühlte er sich als kleiner Angestellter im Betrieb seines Schwagers für alles verantwortlich, jeder wandte sich an ihn, er organisierte den ganzen Betrieb, ohne dafür von seinem Schwager und seiner Schwester Dank zu bekommen, die ihn im Gegenteil mit Verachtung behandelten und ihm die Schuld am Tod seiner Mutter gaben.

Anfangs berichtete der unsicher wirkende Patient in der Gruppe sehr konfus über seine enge Beziehung zu seiner Mutter und sprach nur mit großer Verehrung von ihr. Erst lange Zeit später erzählte er ganz verstört eine Begebenheit, die er nie begriffen und die für ihn fast unwirkliche Züge bekommen hatte. Als Kind fuhr er eines Tages seine Mutter im Rollstuhl in den Wald. Dort stand sie aus dem Rollstuhl auf und kletterte mit ihm einen steilen Abhang hinauf, um dort Brombeeren zu pflücken. Zurückgekehrt setzte sie sich wieder in den Rollstuhl und ließ sich vom Patienten nach Hause fahren. Auch zu Hause sah er seine Mutter manchmal in unbeobachteten Momenten herumspazieren, ohne daß er wagte, mit irgend jemandem über das Gesehene zu sprechen.

Man kann ermessen, in welchem starkem Maße die Beziehung zur Realität bei einem Menschen gestört sein muß, der durch die Verleugnung der ganzen Familiengruppe in derart eklatantem Ausmaß an einer offenen Kommunikation über das, was er mit eigenen Augen sah und nicht zu integrieren vermochte, gehindert wurde. Ich möchte dieses kurze Beispiel (ebenso wie die folgenden) weniger als Beweis denn als Illustration für meine Thesen verwenden. Kasuistische Darstellungen habe ich an anderer Stelle gegeben (1975).

Den Erfahrungshintergrund für meine Ausführungen bilden über 50 in intensiver stationärer Gruppen- und Milieuthherapie (mit einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von eineinhalb Jahren) behandelte männliche alkoholranke Patienten, sowie meine Arbeit auf einer psychiatrischen Aufnahmestation mit zum großen Teil schwerst suchtkranken Patienten und schließlich langjährige Einzel- und Gruppentherapie von Borderline-Patienten mit einer Suchtsymptomatik verschiedener Schweregrade.

Aufgrund der ausführlichen Explorationen, des von den Patienten geschriebenen Lebenslaufes, des Therapieprozesses in der Gruppe, zusätzlichen Einzelgesprächen, der Beobachtung der milieuthérapeutischen Interaktion sowie Gespräche mit Angehörigen konnte ich immer wieder die extrem starken Verleugnungstendenzen gegenüber der Realität beobachten, verbunden mit grandiosen Idealisierungstendenzen gegenüber einem inneren ambivalent geliebten Objekt, das die Mutter der symbiotischen Urzeit repräsentiert, von der die niemals realisierte Befriedigung und Geborgenheit ständig suchtartig halluziniert wird.

In der Auseinandersetzung mit der Mutter, die die erste Realität im Leben des Kindes ist, und der Primärgruppe prüft, differenziert das Kind seine Beziehung zur Umwelt, lernt zwischen Phantasie und Wirklichkeit unterscheiden. Dieser Prozeß ist mit der Loslösung aus der symbiotischen Mutter-Kind-Dyade als Voraussetzung einer Individuation und Identitätsfindung aufs engste verbunden. Ein Verbot, die Diskrepanz zwischen Realität und Mystifikation wahrzunehmen, das Wahrgenommene zu prüfen und sich darüber zu verständigen, muß daher die Ich-Entwicklung entscheidend behindern. Wenn das Kind gezwungen ist, seine erste Realität im Leben – die Mutter – falsch zu verstehen, wird es auch alle spätere Realität falsch sehen. Insbesondere fällt in der Kindheitsgeschichte alkoholkranker Patienten immer wieder das absolute Verbot auf, die negativen Aspekte der Mutter wahrzunehmen und sich mit ihnen auseinanderzusetzen. Ein Patient, der bei seiner von ihm als bedrohlich und abweisend erlebten Mutter aufwuchs und sich stark nach seinem – von der Mutter geschiedenen – Vater sehnte, mußte von seiner „lieben Mutti“ und seinem „bösen Vati“ sprechen, so daß er diese Ausdrücke bald gegen seine eigenen Empfindungen wie automatisch benutzte.

Jegliches ad-gredi in Wort und Tat wird von der Mutter und der Primärgruppe als schwere Bedrohung erlebt, so daß der Patient seine Aggressionen, die auf einer richtigen Wahrnehmung der Mutter beruhen, verleugnen muß. Daraus resultiert eine Lähmung der Ich-Funktion der konstruktiven Aggressionen, die – zurückgeschlagen und ihres ursprünglichen Objektes beraubt – sich destruktiv und ziellos äußert, wenn das starre Über-Ich „im Alkohol aufgelöst“ ist. Ein stark aggressiv gehemmter Patient, der noch in enger Beziehung mit seiner Mutter lebt, berichtete, daß er seine Mutter sehr verehere und liebe, daß sie in allem Recht habe, ihm immer wieder verzeihe, sich besorgt um ihn kümmere und daß er große Schuldgefühle habe, sie ständig zu enttäuschen. Wenn er betrunken war, randalierte er zu Hause, zerstörte die Wohnungseinrichtung, terrorisierte und quälte seine Mutter. Er beurteilte diese aggressiven Ausbrüche als ihm völlig wesensfremd, die nichts mit seinen inneren Gefühlen zu tun hätten, sondern lediglich als direkte Wirkung des Alkohols anzusehen seien, für die er – der er sich nur als braves Kind erleben durfte – keine Verantwortung trage.

Ebenso wie der suchtkranke Patient die äußere Realität verleugnen muß, kann er auch seine innere Realität nicht wahrnehmen. An ihre Stelle tritt eine Idealvorstellung, die innerpsychisch sich an das diffuse Bild einer halluzinierten guten Mutter heftet, das in einem symbiotischen Sog mit äußeren Objekten dem Zustand einer totalen, zeitlos ambivalenten frühkindlichen Wunscherfüllung zu realisieren versucht. Dies scheitert im Wiederholungszwang immer wieder an der feindlich und versagend erlebten äußeren Welt als einer Projektion der inneren Objektwelt.

Kompliziert werden die Verhältnisse dadurch, daß die Umwelt sich meist real so versagend verhält, wie es der Patient projektiv erwartet, so daß in einem dauernden Zirkelschluß die Diffusion von Phantasie und Realität aufrechterhalten wird. Die daraus resultierende Flucht vor den sich begrifflich sekundärprozeßhaft intrapsychisch nicht abbildenden fluktuierenden Veränderungen einer herausfordernden Realität und die Sucht nach einem symbiotischen Stillstand verheißenden idealen Zustand korreliert dabei mit einer frühkindlichen Familiensituation des Patienten, die durch die Verleugnung einer lebensverneinenden Realität und Vortäuschung eines idealen Zustandes als Ausdruck einer Familienideologie gekennzeichnet ist.

Dies wirft die Fragen auf, wie die Familiendynamik des Suchtkranken abzugrenzen ist, wie sie sich zu der Welt der inneren Objekte gruppiert und sich in eine Ich-Struktur umsetzt, wie diese Ich-Struktur beschaffen und wie ihr in einer therapeutischen Strategie adäquat zu begegnen ist. Ich möchte versuchen, einige vorläufige Bemerkungen dazu zu machen. Die frühe Psychoanalyse interpretierte die Sucht als Abwehr gegenüber unbewußten Triebwünschen und betonte die orale Fixierung (*Simmel*, 1930).

Diese offenkundige Bedeutung der Oralität im Sinne eines Triebgeschehens führte zur Bezeichnung des Alkohols als vergiftete Muttermilch. Doch greift diese Beschreibung zu kurz. Oralität ist nicht nur als eine im Zuge der Triebentwicklung zu begreifende Phase sexueller Befriedigung – Sexualität im weiteren Sinne *Freuds* begriffen – anzusehen, die – frustriert – zur Sucht als gestörter Triebbefriedigung mit zwanghaftem Abwehrverhalten führen kann. Oralität mit dem zentralen Kommunikations- und Abwehrmechanismus der Einverleibung ist umfassend nur zu begreifen als eine Phase der Ich-Entwicklung, die bei einer Störung und destruktiven Dynamik in der Gruppe der sich zur Introjektion anbietenden Teilobjekte und Objekte zu einer schweren Störung im Ich- und Über-Ich-Aufbau führen muß.

Zur Veranschaulichung: Wenn ein Patient nach langer Vorbereitung durch die therapeutische Gruppe Ausgang hat und nach Hause geht zu seiner Frau, dort einen Zettel vorfindet, sie käme in fünf Minuten zurück, um dann in die nächste Kneipe zu gehen und sich sinnlos zu betrinken, so zielt es zu kurz zu sagen, er sei aus Triebfrustration auf die Stufe oraler Befriedigung regrediert. Vielmehr erlebt das zur Frustrationstoleranz unfähige Ich in diesem Moment der Kränkung das Aufbrechen einer narzißtischen Wunde und das unaufschiebbare suchtartige Bedürfnis, dieses aufgerissene „Loch im Ich“ (*Ammon*, 1972) augenblicklich durch Introjektion eines idealen Objektes, das der frustrierenden Realität die Wahrnehmungsbasis entzieht und als das sich der Alkohol anbietet, zu ersetzen. Die Droge soll nicht in erster Linie einem unbefriedigten Trieb als Ersatz-Objekt dienen, sie wird vielmehr als vorgeblich ideales Objekt gesehen, das alle Ich-Rupturen und narzißtischen Leerstellen heilen soll, das als inneres Objekt symbiotisch-diffuse Existenz auf Kosten einer Regression psychotischen Ausmaßes garantieren soll. Im Wiederholungszwang erweist sich jedoch die Einverleibung im Strudel der Sucht durch das objekthungrige Ich als erneut in Szene gesetzte Destruierung und permanente Aufhebung des Ichs durch die Familiengruppe: das Ideal erweist sich als ebenso destruktiv trügerisch wie das durch die Familienideologie aufgerichtete Ideal.

Ein psychodynamisches Verständnis gewinnt die Sucht im Rahmen des Symbiose-Komplexes und des von *Ammon* beschriebenen narzißtischen Defizits (1973 d). Im Rückgriff auf die früheste Zeit der Kindheit flieht der Suchtkranke die Realität, an der er scheitert, und sucht in einem zerstörerischen symbiotischen Abhängigkeitsverhältnis vom Suchtmittel die Mutter-Kind-Dyade auf. In dieser frühen Zeit gibt es für das Kind noch keine faßbare äußere Realität. Die Mutter, als eine gleichsam innere Realität des Kindes, das ganz von ihrer narzißtischen Zuwendung abhängig ist, stellt für das Kind die Beziehung zur umgebenden Gruppe und zur Umwelt her. Aus dieser Konstellation wird der Hauptabwehrmechanismus des Suchtkranken verständlich: die Verleugnung, verbun-

den mit einer grandiosen Idealisierung der Mutter. Die totale Verleugnung ist für den Patienten die einzige Möglichkeit, mit der immensen Angst, die er bei der Bewältigung kleinster Realitätsaufgaben empfindet, fertigzuwerden. Um dieser Angst zu entgehen, muß er der Realität ganz ausweichen und weicht damit jeglicher Realisierung seines Ichs aus. Wenn der Patient in der Klinik aufgenommen wird, leugnet er seine Konflikte, er leugnet auch, Angst zu haben. Seine Kindheit stellt er beschönigend als problemlos dar. Seine Beziehungen zu seinen Eltern in der Kindheit kann er ebensowenig darstellen wie seine gegenwärtigen Beziehungen. Das Ausmaß der Unfähigkeit, seine Eltern oder andere Beziehungspersonen auch nur zu beschreiben, stellt geradezu ein differentialdiagnostisches Kriterium für die Schwere der Erkrankung dar.

Zu den Begriffen der Realität und des Ideals, beide von zentraler Bedeutung meiner Arbeit, möchte ich einige Anmerkungen machen. Als Realität begreife ich die Gesamtheit der das Individuum umgebenden äußeren Welt im Sinne des Nicht-Ichs mit ihren unbewußten und bewußten Anteilen. Anpassung an die Realität stellt sich für mich in diesem Sinne nicht als Anpassung an Normen oder Schemata der Gesellschaft dar, sondern als Ergebnis einer Auseinandersetzung mit der oben skizzierten Realität, also insbesondere der Verfassung, Struktur und Dynamik der ihn umgebenden Gruppe. Dieser äußeren Realität steht die innere Realität der internalisierten Gruppe gegenüber: wenn diese gestört ist und wenn beide nicht flexibel miteinander kommunizieren, kommt es zu Wahrnehmungsverzerrungen von mehr oder weniger starkem Irrealitätsgehalt. Die erste Realität im Leben des Kindes, die Mutter, als objektiv äußere Realität wird subjektiv in der symbiotischen Dynamik, in der es noch zu keiner Trennung von Ich und Nicht-Ich gekommen ist, als innere Realität erlebt. Die Realität Mutter kommt in der frühen symbiotischen Phase für die umfassende Bedürfnisstruktur des frustrations-regulationsunfähigen Säuglings einem Ideal gleich. Im Zuge der Lösung von der Symbiose verändert und differenziert sich dieser primäre Zustand, die Mutter wird zur äußeren Realität, die in verschiedenen Aspekten erfahren und geprüft werden kann und die Brücke zur Ausweitung des Erfahrungs- und Wahrnehmungsfeldes in die gesamte äußere Realität hinein darstellt, wobei das Kind die Frustration ihrer Abwesenheit schrittweise zu tolerieren und intrapsychisch zu regulieren lernt.

In gleicher Weise, wie sich äußerlich das Bild der Mutter und die Realität differenziert, differenziert sich intrapsychisch das mit Omnipotenzwünschen und Absolutheitsgefühlen verbundene ideale Selbst und der symbiotische Ich-Ideal-Zustand, der sozusagen als Rückstand und Nährboden das immer wieder verfügbare Gefühl des Urvertrauens hinterläßt. Beim Suchtkranken ist dieser Prozeß schwer gestört. Primäre Realität und primäres Ideal differenzieren und entfalten sich nicht, sondern blei-

ben in einer diffusen, unabgegrenzten und Realitätserfahrung verhin-
dernden Abhängigkeitsbeziehung, die dialektische Spannung zwischen
Realität und Ideal wird nicht ausgehalten. Das ursprüngliche Ideal wird
nicht zu einer in die Zukunft weisenden Utopie, die die Realität verän-
dert, transzendiert, sondern erstarrt zu einem rückwärts gewandten, nie
verwirklichten Ideal einer infantilen Realität, die im Wiederholungs-
zwang in der Hoffnung auf Wiedergutmachung aufgesucht und die ge-
genwärtige Realität zerstörend und selbst-destruktiv ausagiert wird.

Für die Loslösung aus der symbiotischen Interaktion, die Entwicklung
einer Distanz und eines intermediären Spielraumes, der einen symbol-
fähigen Denk-Raum konstituiert und zur Abstraktionsfähigkeit führt,
sind die Übergangsobjekte von zentraler Bedeutung. Wenn hier – wie
beim Sucht-Patienten – buchstäblich eine Leerstelle ist, tritt an die Stelle
des Übergangsobjektes, z. B. eines Schlaftieres, die Droge Alkohol, die
im antagonistischen Widerspruch eine spielerische Distanz zur bedrän-
genden konkreten Realität herauszustellen versucht, gleichzeitig aber
einen regressiv symbiotisch-somnambulen Zustand herbeiführt, der jede
progressiv-abstraktionsfähige Erfahrung unmöglich macht.

Die Familiendynamik, die diese Situation konstituiert, ist gekenn-
zeichnet durch Realitätsverleugnung: durch mangelnde Kommunikation,
durch Mystifikation, durch Wahrnehmungs- und Sprachregelung, durch
Kommunikationsverbote u. a. m. Gleichzeitig darf der Glaube an eine
als Ideal aufgerichtete Familienideologie nicht angetastet werden.

Apodiktisch könnte man vielleicht formulieren: die schizophre-
n-machende Situation ist durch eine Double-bind-Kommunikation gekenn-
zeichnet; die Mutter schwankt zwischen bedrohlicher Annäherung und
Wegstoßen des Kindes. Die suchterzeugende Situation ist gekennzeich-
net durch mangelnde, insuffiziente, diffuse und verschleiernde Kommuni-
kation; die Mutter schwankt zwischen einem stummen, hilfesuschenden
Sich-Anklammern und einem abrupten Verlassen des Kindes. Die Folge
ist in beiden Fällen eine Desintegration und eine Realitäts- und Denk-
störung psychotischen Ausmaßes. Sie konkretisiert sich beim schizophren
reagierenden Patienten in einem Verfolgungswahn, in dem die Realität
als Bedrohung erscheint, und beim Suchtkranken in konfusen Wahrneh-
mungs- und Denkprozessen, in denen die Realität verweigernd und dif-
fus erscheint.

Der schizophren reagierende Patient ist in seiner hochgradig ambiva-
lenten, in ihrer Bedrohlichkeit konstanten Mutter-Kind-Beziehung wie in
einer Zwickmühle gefangen.

Die pervers- oder psychosomatisch reagierenden Patienten erleben in
einem Sektor der Ich-Erfahrung – in bezug auf den gesunden bzw. kran-
ken Körper – eine intensive ambivalente Beziehung zur Mutter. Die Per-
version und die Psychosomatik dienen der Abwehr von Ich-Desintegra-
tion und Vernichtungsangst. „In der partiellen, auf den Körper gerichtete-

ten Zuwendung und den damit verbundenen unbewußten Phantasien der Mutter über das von ihr geschaffene Kind verhält sich die Mutter überfürsorglich, d. h. vor allem verführerisch, insgesamt als echtes, menschliches Objekt, jedoch versagend“ (*Keller, 1976*). Den schwerkranken Sucht-Patienten dagegen fehlt jegliche Erfahrung eines echten menschlichen Objektes, sie haben auch in einem Partialbereich keine konstante, strukturierte Beziehung erfahren. Sie müssen sich daher ständig zwanghaft selbst aufheben und – ähnlich wie *Pohl (1976)* es für die Zwangs-kranken beschreibt – jegliche existentielle Erfahrung vermeiden. Es besteht eine enge Beziehung der Sucht zur anaklitischen Depression (*Spitz, 1967*): wie hospitalisierte Kinder sind die Patienten in ihrer frühen Mutter-Kind-Beziehung weitgehend sich selbst überlassen geblieben. Die von mir beschriebene archaische Mutter-Kind- und Gruppensituation des Suchtkranken ist daher nicht konkretistisch an die reale Mutter gebunden, sondern beispielsweise ohne weiteres auf eine Heimsituation übertragbar. Bei einer solchen extremen Verlassenheit ist auch – da eine bedrohlich verfolgende Mutter-Figur fehlte – der Grad der Paranoia im Gegensatz zu anderen Borderline-Erkrankungen oft auffallend gering. Auch wird hier die Verwandtschaft der Sucht mit der Verwahrlosung verständlich.

Ich möchte jetzt einige vorläufige Überlegungen zur Ich-Struktur des Sucht-Patienten anstellen, wie sie aus der beschriebenen Psychodynamik resultiert. Phänomenologisch ist das auf der Ich-Ebene sich realisierende Erleben und das in Aktion umgesetzte Verhalten des Suchtkranken gekennzeichnet durch einen oft abrupten Wechsel extremer Ich-Zustände. Anbiederndes, unterwürfiges Verhalten wechselt mit kalter, provozierender Überheblichkeit; auf Starrsinnsexzesse folgt sentimentales Selbstmitleid; Einsicht und Einfühlung werden durch Rücksichtslosigkeit und Starrheit abgelöst, klares Denken und Urteilen durch verworrene Denkabläufe. Diese Polarisierung spiegelt sich auch im Verhalten in der Gruppe wider: einmal identifiziert sich der Patient ganz mit dem Therapeuten und kann warmherzig auf die Mitpatienten eingehen, dann wieder nimmt er eine herausfordernde, höhnische Haltung gegenüber dem Therapeuten ein und beschimpft die Gruppe. Die antagonistischen Gegensätze werden auf die Spitze getrieben durch eine oft zwanghaft starre regulationsunfähige Abgrenzung in Phasen, in denen der Patient keine Drogen nimmt, und den plötzlichen Umschlag in eine völlige Auflösung der Ich-Grenzen und psychotische Diffusion des Ichs im Strudel exzessiver Sucht.

Diese Brüche und der Umschlag in extrem gegensätzliches Verhalten verweisen auf eine starke strukturelle und zeitliche Diskontinuität in der Ich-Struktur, in der die einzelnen Ich-Funktionen so brüchig und untereinander desintegriert, die Gruppe der inneren Objekte so diffus und strukturlos ist, wie die Realitätserfahrung und -testung verhindernde

Primärgruppe. Es besteht weder eine kohärente Ich- noch Über-Ich-Struktur. Man kann das Über-Ich auffassen als Summe der introjizierten Objekte und sich das Ich vorstellen als strukturell entwickelt aus den Beziehungen zu diesen introjizierten Objekten. Auf der Ebene der Ich-Funktionen bedeutet dies, daß in der Auseinandersetzung mit den introjizierten Objekten die archaischen Abwehrmechanismen, die gleichzeitig einen Kommunikationsaspekt haben, und die übrigen Ich-Funktionen aus rudimentären Ich-Anlagen sich entwickeln und differenzieren. Auf der Ebene der Ich-Identität würde man formulieren können, daß die in diesem Prozeß vom Ich assimilierten Aspekte und Identifikationsfragmente der introjizierten Teil-Objekte zur Identität integriert werden müssen.

Beim Suchtkranken ist dieser Prozeß der Ich- und Identitätsbildung schwer gestört, weil das Ich ebenso wenig mit den introjizierten Objekten kommunizieren und dabei über eine Integration zu einer Kohärenz finden kann, wie es die kommunikationsunfähige, Realität verleugnende Primärgruppe konnte. So können verschiedene unverbundene innere Objekte sich zu verschiedenen Zeiten – als Reaktion auf äußere Konstellationen, von denen der suchtkranke Patient extrem abhängig ist – in einem Ich-Zustand aktualisieren und so sozusagen die innere Führung übernehmen: z. B. agiert der Patient in einem Augenblick die kalte, stolze Mutter, dann wieder klagt er wie der gutmütige, kranke Großvater, dann tobt er wie der unbeherrschte Vater. Die internalisierten Objekte schlagen dabei gleichsam durch das schwache Ich hindurch und werden zu Trägern hilfloser Aktionen, die vergebliche Versuche darstellen, die Realität zu bewältigen, und in der therapeutischen Situation als Hilfeschrei entschlüsselt werden können. In diesem Sinne kann auch ein archaischer Über-Ich-Anteil plötzlich Ich-synton werden und sich in einem Ich-Verhalten umsetzen. Die Ich-Funktionen haben durch fassadäre Anpassungsleistungen eine Pseudostabilität und erscheinen zeitweise intakt und funktionsfähig – abhängig von einer äußeren Situation, die diese Funktionsfähigkeit garantiert –, können aber bei kleinsten mit Realitätsanforderungen verbundenen Frustrationen desintegrieren, um im Suchtzustand ganz zusammenzubrechen.

Kann man der Sucht – besonders bei schweren Formen – eine psychotische Qualität zusprechen, so kann die Ich-Struktur des Suchtkranken andererseits als paradigmatisch für das Borderline-Syndrom angesehen werden. Der Suchtpatient bietet oft in ganz extremer Ausprägung das Bild, wie *Ammon* (1976) es hier für den Borderline-Patienten mit seiner Als-ob-Fassade und den unintegrierten verschiedenen Identifikationen entworfen hat.

Das Suchtverhalten zeigt dabei m. E. einen stärkeren Grad der Ich-Desintegration an als beispielsweise die Psychosomatik und die Perversion und stellt eine letzte Abwehrformation dar.

Zum Schluß möchte ich kurz auf die therapeutische Strategie eingehen, mit der eine dynamisch orientierte Psychiatrie der Ich-Krankheit Sucht begegnet. Das therapeutische Konzept der „nachholenden Ich-Entwicklung“ für die archaischen Ich-Krankheiten sowie die Theorie und Technik der Gruppen- und Milieuthherapie sind von *Ammon* (1973 a, b und c) ausführlich beschrieben worden. *Pohl* (1974) hat die Entwicklung der therapeutischen Station, auf der auch ich meine Erfahrungen gesammelt habe, als Funktion eines Lernprozesses dargestellt, an dem Patienten, Therapeuten und Klinikpersonal teilhaben.

Ich möchte mich hier darauf beschränken, einige Aspekte der Theorie zu umreißen, wie sie sich aus der beschriebenen Krankheitsstruktur der Sucht ableiten lassen, deren Erkenntnisse ihrerseits erst aus den praktischen Erfahrungen gewonnen wurden. Das therapeutische Team und das Krankenhauspersonal bilden ein kommunizierendes milieutherapeutisches Feld, das dem strukturdefizitären Suchtkranken flexible, aber feste Gruppengrenzen und eine veränderbare, aber jeweils eindeutig festgelegte Struktur bietet. Dadurch wird ein Milieu bereitgestellt, daß im Gegensatz zur kommunikationsarmen und verunsicherten Situation, die der Patient in der Primärgruppe erlebt hat, eine vielfältige Kommunikation ermöglicht, das Wahrnehmungen prüft, bearbeitet und integriert und dem Patienten eine dauernde Realitätskontrolle gibt. Der Patient agiert in diese Situation sein narzißtisch-defizitäres Verhalten mit den gesplitteten, unintegrierten Anteilen der internalisierten Objekte hinein aus, in der projektiven Erwartung, immer wieder enttäuscht und zurückgewiesen zu werden, und in der gleichzeitigen unbewußten Hoffnung, daß seine pathologisch verformte Kommunikation in seinen verschiedenen Ich-Zuständen als Hilferuf entschlüsselt und verstanden wird. Auf dieser Ebene der Ich-Struktur greift der Therapeut und das therapeutische Team direkt ein, indem sie sich anders verhalten als die Personen aus der Primärgruppe des Patienten, damit seine verfestigten Erwartungen ständig enttäuschen und den Boden bereiten für eine emotionale Korrektur. Z. B. wird das Verhalten des Therapeuten konfrontatorisch sein, wenn Realitätsanforderungen anstehen, die der Patient unterschätzt, er wird dann eine direkte Auseinandersetzung mit dem Patienten suchen, um seine Verleugnungshaltung zu durchbrechen – im Gegensatz zur oft gleichgültigen Haltung der Primärgruppe. Und er wird mit Verständnis und Wärme den Patienten nach einem Rückfall in die Sucht aufnehmen – im Gegensatz zu der von ihm erwarteten Vorwurfshaltung. So wird das therapeutische Team eine Wiedergutmachung für die in der Kindheit erlittenen narzißtischen Wunden leisten können und dem Patienten helfen, sich selbst reale narzißtische Befriedigung zu gestatten. Der Suchtpatient mit seinem starken Objekthunger kann gute Objekte, mit denen er sich auseinandersetzen und deren Verlässlichkeit er prüfen kann, introjizieren, und damit die Grundlagen für ein Urvertrauen und die Kohärenz

und Konstanz seiner Ich-Struktur schaffen. Von besonderer Bedeutung für die therapeutische Korrektur des desintegrierten und aufgesplitteten Ichs des Patienten ist die integrierende Funktion der Klinik und des therapeutischen Teams, die zum einen dadurch hergestellt wird, daß die verschiedenen Situationen in der Klinik miteinander koordiniert werden, zum anderen dadurch, daß eine zeitliche Kontinuität über den gesamten Therapieprozeß mit seinen einzelnen Stationen hergestellt wird.

Am Modell der Klinik und des therapeutischen Teams lernt der Patient mit Hilfe seiner Mitpatienten den Umgang mit der ihm vorher verstellten und diffus erscheinenden Realität, die er verleugnen muß. Diese Situation drückt ein Traum aus, den ein Patient in der Gruppe berichtete: Der Patient befindet sich auf einem Friedhof und steht am offenen Grab seiner Mutter. Er nimmt eine Schaufel Erde, um sie in das Grab zu werfen und bemerkt dabei, daß in dem Grab lediglich ein Sargdeckel ist. Es scheint ihm unwichtig, er reagiert gleichgültig. Da kommen einige Gruppenmitglieder auf ihn zu, reagieren entsetzt und bestürzt, nehmen ihn in ihre Mitte und zeigen ihm, daß das wirkliche Grab seiner Mutter hinter seinem Rücken liegt und daß er sich umdrehen müsse, um es zu sehen. Dieser Traum macht dem Patienten deutlich, daß er das ganze Leben an einem falschen Grab getrauert hat, um eine idealisierte fassadenhafte Mutter ohne Inhalt und ohne Gefühl. Das Entsetzen, das er selbst bislang nicht empfinden konnte, drückte im Traum für ihn die Gruppe aus, die ihm seine wirkliche tote Mutter zeigte und sich nun als hilfreiche lebendige Mutter-Gruppe um ihn schloß, um ihn auszunehmen und ihm das Verständnis und die Geborgenheit zu geben, die er nie erfahren hatte.

Ego-Structural Approaches in the Psychodynamics of Addictions

Gerd Röhling

On the basis of the ego-structural concept of borderline diseases as elaborated by *Günter Ammon* (1976), the author develops approaches in the psychodynamics and ego-structure of patients suffering from addiction.

The dynamic picture of addiction increasingly manifests itself as a disorder of the reality sense characterised by an extremely strong scotomisation tendency combined with grand idealisation tendencies vis-à-vis an ambivalently loved internal object, which represents the mother of the early symbiosis; the satisfaction and security never granted by her is constantly hallucinated in the form of addiction. This has become evident in a detailed exploration of personal records written by 50 patients whom the author treated in stationary psychotherapy, during the therapeutic

process within the group, in additional individual talks, by studying the milieu-therapeutic interaction, and in conversations with relatives.

The drug is not primarily serving as a substitutive object for an unsatisfied drive, it rather seems to be an ideal object which is to cure all ego-ruptures and narcissistic empty spots, and it is to guarantee a diffuse symbiotic existence as internal object at the expense of a regression with a psychotic dimension. The flight from a demanding reality, the fluctuating changes of which are not reflected within the patient in the form of an intrapsychic, secondary processual understanding, and the craving for an ideal state of mind promising a symbiotic standstill, correlate the patient's early childhood family situation, which is characterized by scotomisation due to a lack of communication, mystification, a set code of perception and speech, prohibitions of communication, and so on.

During the phase of the mother-child-symbiosis, a feasible external reality does not exist for the child. The first reality in the child's life, the mother – being the objective external reality – is experienced as internal reality within the dynamics of the symbiosis, in which a separation between ego and non-ego has as yet not taken place. During the early symbiotic phase, the mother, as a reality, is identical with an ideal with respect to the comprehensive need pattern of the infant unable to regulate his frustrations. When growing out of this symbiosis, this primary condition changes and becomes more differentiated. The mother becomes an external reality which can be experienced and scrutinised in various aspects representing the bridge into the entire external reality in order to expand the field of experience and perception. In the case of an addict, this process is heavily disturbed. Primary reality and primary ideal are neither differentiated nor do they develop, they rather remain in a relationship of interdependence which is diffuse, undemarcated, and not allowing any experience of reality. The dialectic tension between reality and ideal can not be endured by the patient. The original ideal acquires the form of a paralysed, retrospective ideal, never realized in the infantile reality. In a repetitive compulsion, the patient resorts to it, hoping for compensation, but acting it out in a self-destructive manner which also destroys his present-time reality. Transitory love objects are of vital importance in the process of separation from the symbiotic interaction as well as when developing a distance and an intermediary room for action providing space for symbol-forming thinking and an ability to abstract. If this part is literally empty – as in the case of a patient with an addiction – the transitory love object, e.g. a cuddly toy, will be replaced by an alcoholic drug, with the help of which a playful distance to a menacing concrete reality is to be established in an antagonistic contradiction, but at the same time creating a regressive, symbiotic-somnambulant condition preventing any progressive experience or ability to abstract. Phenomenologically, the experience of an addict at the ego-

level and his behaviour, as translated into action, is characterised by an often abrupt alternation between extreme ego-conditions. A sympathy-seeking, submissive behaviour alternates with clear, provocative presumptuousness; excesses of obstinacy are followed by sentimental self-pity; understanding and empathy are followed by inconsiderateness and rigidity, clear thinking and structuring by disorganised thinking processes. The antagonistic opposites carry to extremes in an often compulsively rigid phase of demarcation with no possibility of regulation – during which the patient is not taking any drugs – and a sudden change into a complete dissolution of his ego-boundaries accompanied by a psychotic diffusion of his ego in a whirlpool of excessive addiction.

These ruptures and the sudden change into extremely adverse behaviours indicate a considerable structural and temporal discontinuity within the ego-structure, in which the various ego-functions are as fragmentary and disintegrated, i.e. the group of internal objects is as diffuse and structureless as was the primary group in its prevention of any experience of and testing for reality. There is neither a coherent ego-structure nor a super-ego-structure. The super-ego may be understood as the sum of the introjected objects, and the ego can be imagined as the structural development resulting from the relationship with these introjected objects. On the level of the ego-functions, this means that the archaic defense mechanisms – which also have a communicative aspect – and the other ego-functions develop and differentiate out of rudimentary ego-dispositions. With respect to an ego-identity, one might say that the aspects and identification fragments of the introjected partial objects and objects, assimilated by the ego in the course of this process, have to be integrated into identity.

This process of ego- and identity-development is heavily disturbed in a patient suffering from an addiction, because the ego is as little able to communicate with the introjected objects – in order to establish coherence by integration – as was the primary group with its absence of communication and its scotomisation. Thus, different uncombined internal objects may at different times be activated in an ego-state – as reaction to an external constellation, on which the addict is extremely dependent – and, as it were, take the lead: at one moment, the patient will, for example, act like his cold, proud mother, then he is complaining like his good-natured, sick grand-father, and then he might be raging like his impetuous father. The internalised objects penetrate the weak ego and become carriers of helpless actions, which represent futile attempts to cope with reality, and which can be decoded as a cry for help in the therapeutic situation.

Apodictically, the following formulation is possible: the situation causing schizophrenia is characterised by a double-bind communication; the mother fluctuates between threatening approaches to and harsh re-

jection of the child. The situation causing an addiction is characterised by insufficient, diffuse, and disguised communication; the mother fluctuates between mute, help-seeking clinging to and abruptly abandoning the child. In both cases, this leads to disintegration, and to a disturbance of the reality sense and of thinking, a disturbance with a psychotic dimension. In case of the schizophrenically-reacting patient, this manifests itself as a delusion of persecution, in which reality is experienced as a threat; in case of an addict, it leads to disorganised processes of perception and thinking, in which reality seems to be denying and diffuse. The schizophrenically-reacting patient feels locked up like in a tight squeeze in his highly ambivalent, constantly threatening mother-child relationship. The patient with a perverse or psychosomatic reaction experiences an intensive, ambivalent relationship to the mother in one sphere of his ego-experience, i. e. with respect to his healthy or sick body. Perversion and psychosomatics serve as a defense against disintegration and fear of destruction. In her partial bestowal of affection, the mother behaves in an overprotecting and seducing manner; she fails, however, as genuine human object (*Keller, 1976*). The dangerously ill addict lacks any experience of a genuine human object, not even in a partial sphere has he experienced a constant, structured relationship. For this reason, he is under a permanent compulsion of denying his own existence – similar to *Pohl's* (1976) understanding of compulsive patients – and avoids any existential experience. There is a close relationship between addiction and anaclitic depression (*Spitz, 1967*): like hospitalised children, these patients have been largely left to themselves in their early mother-child relationship. The archaic mother-child- and group-situation of addicts is hence not necessarily limited to the real mother, but is also transferrable to a situation in a hostel. In case of such an extreme amount of abandonment, the degree of paranoia – as a threatening, persecuting mother-figure was absent – is often surprisingly low as compared with other borderline diseases. This also shows the correlation between addiction and neglect. In conclusion, I should like to deal with the therapeutic strategy used by a dynamically-oriented psychiatry when treating an ego disease in the form of an addiction. The therapeutic concept of a retrieval of an ego-development in case of an archaic ego-disease, as well as the theory and practice of group and milieu therapy have been extensively described by *Ammon* (1973 b, c).

I would like to confine myself to a few aspects of therapy as they can be derived from the described structure of addiction. The therapeutic team and the hospital staff form a communicating milieu-therapeutic field offering flexible, but firm group boundaries and a changeable, but clearly defined framework for the structurally-deficient addict. In this manner, the patient finds himself in a milieu which – in contrast to the patient's situation in his primary group, where he could not ex-

perience any communication or feeling of security – offers different forms of communication, where his perception is tested, worked through, and integrated so that he is permanently able to test his behaviour against reality. In this situation, the patient will act out his narcissistically-deficient behaviour with its fragmentary, unintegrated parts of the internalised objects, projecting the expectation of being disappointed and rejected again and again and, at the same time, hoping subconsciously that the pathologically-deformed communication of his different ego-conditions will be understood and decoded as a cry for help. At this level of the ego-structure, the therapist and the therapeutic team will directly interfere by behaving different from the patient's primary group, thereby disappointing his fixed, negative expectations and preparing the ground for an emotional correction. The behaviour of the therapist will, for example, be confronting when realistic demands are made on the patient which he underestimates. He will then seek a direct confrontation with the patient in order to penetrate his attitude of denial – in contrast to the often indifferent attitude of the primary group. In case of a relapse into addiction, he will meet the patient with understanding and warmth and not with reproaches as expected by the patient. In this way, the therapeutic team will grant compensation for the narcissistic injuries suffered in childhood, and it will help the patient to find real narcissistic satisfaction himself. The addict with his object hunger may introject good objects. He may confront himself with them, and may test their reliability in order to establish the basis for confidence as well as a coherent and constant ego-structure. The integrative function of the hospital and the therapeutic team is of particular importance for a therapeutic correction of the disintegrated and fragmentary ego of the patient; this is achieved on the one hand by coordinating the various situations within the hospital, and on the other hand, by a temporal continuity over the entire therapeutic process with its various phases.

Literatur

- Abraham, K.* (1908): Die psychologischen Beziehungen zwischen Sexualität und Alkoholismus. In: *Abraham, K.*, Psychoanalytische Studien II (Frankfurt: Fischer, 1971)
- Ammon, G.* (1972): Zur Genese und Struktur psychosomatischer Syndrome unter Berücksichtigung psychoanalytischer Technik. In: *Dyn. Psychiat.* (5) 223
- (1973 a): Dynamische Psychiatrie – Grundlagen und Probleme einer Reform der Psychiatrie (Darmstadt: Luchterhand)
 - (1973 b): Psychoanalytische Milieuthérapie. In: *Dyn. Psychiat.* (6) 112
 - (1973 c): Ich-psychologische und gruppendynamische Aspekte der psychoanalytischen Gruppentherapie. In: *Dyn. Psychiat.* (6) 207
 - (1973 d): Die Psychodynamik der Psychosen, der Symbiosekomplex und das Spektrum der archaischen Ich-Krankheiten. In: *Dyn. Psychiat.* (6) 355

- (1976): Das Borderline-Syndrom – ein neues Krankheitsbild. In: *Dyn. Psychiat.* (9) 317
- Bleuler, E.* (1969): Lehrbuch der Psychiatrie (Berlin, Heidelberg, New York: Springer)
- Federn, P.* (1952): *Ego Psychology and the Psychosis* (New York: Basic Books). Dt. Ausg.: *Ich-Psychologie und die Psychosen* (Bern: Huber, 1956)
- Fenichel, O.* (1945): *The Psychoanalytic Theory of Neurosis* (New York: Newton)
- Freud, S.* (1927): *Der Humor*. Ges. W., Bd. XIV (London: Imago)
- Glover, E.* (1932): On the Etiology of Drug Addiction. In: *Int. J. Psychoanal.* (13) 298
- Hartocollis, P.* (1969): A Dynamic View of Alcoholism. Drinking in the Service of Denial. In: *Dyn. Psychiat.* (2) 173
- Higgins, J.* (1953): Psychodynamics in the Excessive Drinking of Alcohol. In: *Arch. Neurol. Psychiat.* (69) 713
- Jellinek, E.* (1952): Phases of Alcohol Addiction. In: *Quart. J. Stud. Alcohol.* (13) 673
- (1960): *The Disease Concept of Alcoholism* (New Haven: Hillhouse Press)
- Keller, U.* (1976): Perverse Reaktionen und Störungen der Objektbeziehungen beim Borderline-Syndrom. In: *Dyn. Psychiat.* (9) 409
- Knight, R.* (1937 a): The Psychodynamics of Chronic Alcoholism. In: *J. Nerv. Ment. Dis.* (86) 538
- (1937 b): The Dynamics and Treatment of Chronic Alcohol Addiction. In: *Menn. Bull.* (1)
- Knudsen, H.* (1976): Die Ich-Identität und das Unbewußte – Weiterentwicklungen des psychoanalytischen Theorie in der Ich-Psychologie Günter Ammons. In: *Dyn. Psychiat.* (9) 163
- Kraepelin, E.* (1904): *Klinische Psychiatrie*, Bd. 2 (Leipzig: J. A. Barth)
- Pohl, J.* (1974): Veränderung der Technik im psychotherapeutischen Prozeß. In: *Dyn. Psychiat.* (7) 358
- (1976): Die narzißtische Funktion des Zwanges. In: *Dyn. Psychiat.* (9) 370
- Rado, S.* (1926): Die psychischen Wirkungen der Rauschgifte. In: *Int. Z. Psychoanal.* (12) 540
- (1934): Psychoanalyse der Pharmakothymie. In: *Int. Z. Psychoanal.* (20) 16
- Röhling, G.* (1975): Psychosomatik und Perversion bei alkoholkranken Patienten – Syndrome ungelebten Lebens. In: *Dyn. Psychiat.* (8) 404
- Schilder, P.* (1925): Entwurf zu einer Psychiatrie auf psychoanalytischer Grundlage, Kap. XVII (Frankfurt: Suhrkamp, 1973)
- Schmidt, L.* (1972): Alkoholismus und seine Bedeutung für unsere Gesellschaft. In: *Arbeitsmed. Sozialmed. Arbeitshygiene* (7) 309
- Simmel, E.* (1930): Zum Problem von Zwang und Sucht. In: Bericht über den V. allgemeinen ärztlichen Kongreß für Psychotherapie, 112
- (1948): Alcoholism and Addiction. In: *Psychoanal. Quart.* (17) H. 1
- Spitz, R.* (1967): Vom Säugling zum Kleinkind (Stuttgart: Klett)
- Tausk, V.* (1915): Zur Psychologie des alkoholischen Beschäftigungsdelirs. In: *Int. Z. Psychoanal.* (3)
- Vega, G. de la* (1971): Die Heroinsucht: Ein Abwehrmechanismus. In: *Ammon, G.*, Hrsg.: „Bewußtseinsweiternde Drogen in psychoanalytischer Sicht“ (Berlin: Pönel-Publikationen)

Adresse des Autors:
 Dr. med. Gerd Röhling
 Johann-Sigismund-Straße 16
 1 Berlin 30

Zur Genese des Borderline-Syndroms in der Familiengruppe anhand der Falldarstellung eines autistisch reagierenden Kindes**

Mathias Hirsch*

Der Autor versteht das Syndrom des frühkindlichen Autismus, eine Form der Psychose des Kindes, als Ergebnis einer defizitären Ich-Entwicklung des Kindes aufgrund einer pathogenen unbewußten Dynamik der Mutter-Kind-Beziehung und der Familiengruppe. Das autistische Krankheitsbild zählt er so zu den von Ammon beschriebenen archaischen Ich-Krankheiten. Er grenzt sich damit von den theoretischen Positionen M. Kleins und M. Mahlers ab, die ursächlich eine angeborene, konstitutionelle Unfähigkeit des Kindes zu emotionalem Kontakt in den Vordergrund stellen.

In der ausführlichen Falldarstellung wird die Entwicklung des autistischen Syndroms eines fünfjährigen Kindes im Zusammenhang mit der Lebensgeschichte insbesondere der Mutter und mit der Familiendynamik beschrieben.

Die anfangs bei normaler Sprachentwicklung bestehende Borderline-Symptomatik des Kindes schlug in einer Situation extremer Verlassenheit in ein drei Jahre dauerndes autistisches Verhalten um, das in der analytischen Kinderpsychotherapie aufgegeben werden konnte.

Die Dynamik der Familie war gekennzeichnet durch die gegenseitige destruktive ambivalente Abhängigkeit ihrer Mitglieder. Der autistische Rückzug wird als Abwehr der als existenzielle Bedrohung erfahrenen Symbiose aufgefaßt, die Symptomatik des Kindes wird gleichzeitig aufrechterhalten durch die Abwehr seiner symbiotischen Ansprüche von seiten der Mutter.

In der Therapie des Kindes gelang es, einen sich langsam vertiefenden Kontakt herzustellen. Es kam dabei darauf an, direkt in das psychotische Verhalten und die Symbolwelt einzusteigen und dem Kind eine nachholende gute symbiotische Erfahrung zu ermöglichen. Aufgrund ihrer eigenen kombinierten analytischen Psychotherapie konnte die Mutter in steigendem Maße selbst mütterliche Aufgaben übernehmen und die wieder auftretenden symbiotischen Wünsche des Kindes angstfrei erfüllen.

Das Borderline-Syndrom des Kindes ist durch die psychoanalytische Forschung in den letzten Jahren zunehmend als Resultat einer gestörten symbiotischen Mutter-Kind-Beziehung bzw. einer pathogenen Familiendynamik erkannt worden. Die vielfältige bizarre Symptomatik dieser schwer verhaltensgestörten Kinder ist als Ausdruck der manchmal rasch und abrupt wechselnden Ich-Zustände, besonders von *Ekstein* (1966) und in Deutschland von *R. Schneider* (1974), deren Arbeit auf den Forschungen *Ammons* (1971, 1973, 1974) beruht, beschrieben worden. Die Ich-Zustandswechsel entsprechen dem Wechsel von neurotischen und psychotischen Abwehr- bzw. Bewältigungsmechanismen und sind meist direkt aus der aktuellen Familien- oder therapeutischen Situation verstehbar.

* Dr. med., Lehranalytiker des Düsseldorfer Lehr- und Forschungsinstituts der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP)

**Vortrag gehalten auf dem VIII. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), 1. – 4. Oktober 1976, Düsseldorf

Die Existenz von Psychosen im Kindesalter ist lange Zeit von der Kinderpsychiatrie geleugnet und von der Kinderpsychoanalyse vernachlässigt worden. Noch heute ist man geneigt, eher eine Verwandtschaft des frühkindlichen Autismus zu angeborenen Schwachsinnformen anzunehmen. Erst 1943 wurde der frühkindliche Autismus von *Kanner* diagnostisch abgegrenzt und als kindliche Psychose beschrieben (*Kanner*, 1943; vgl. auch *Chambers*, 1969). *Kanner* wies bereits auf die beiden Kardinalsymptome hin: die totale Unfähigkeit zu menschlichem emotionalen Kontakt und das Bestreben, die Umwelt konstant und gleichförmig zu halten.

Die Sprache dient nicht der Kommunikation, sondern wird imitatorisch im Sinne einer „verzögerten Echolalie“ (*Ekstein*, 1966) verwendet, d. h. sie ist ein mechanisches Nachsprechen einmal gehörter Wörter oder Sätze. Ein Teil der autistischen Kinder spricht überhaupt nicht bzw. verliert die einmal erworbene Sprachfähigkeit wieder. Die diagnostische Einheit des frühkindlichen Autismus im engeren Sinne ist auf die Kinder beschränkt, die vom frühesten Lebensjahr an Störungen der Objektbeziehungen zeigen. *Kanner* legt den Schwerpunkt seiner Arbeit vorwiegend auf die Phänomenologie und nimmt ursächlich allgemein eine frustrierende Mutter-Kind-Beziehung an. *Melanie Klein* (1930) beschreibt den Fall eines autistisch reagierenden Kindes, für den sie die Diagnose einer Schizophrenie im Kindesalter am wahrscheinlichsten hält. Obwohl sie kurz erwähnt, daß die Mutter den Säugling hatte fast verhungern lassen und daß das Kind „keine wirkliche Liebe genoß, da die Mutter ihm von Anfang an mit Kälte begegnete“, sieht sie die Ursache in einer „konstitutionell bedingten völligen Unfähigkeit des Ichs, Angst zu ertragen“. Das Übermaß an Angst wird jedoch nicht als durch die beobachtete Bedrohung von seiten der Mutter verursacht verstanden, sondern als Äquivalent eines zu starken biologisch bestimmten Aggressions-, insbesondere sadistischen Triebes.

Margaret Mahler widmet sich seit Anfang der fünfziger Jahre der psychoanalytischen Erforschung und der Therapie kindlicher Psychosen. *Mahler* (1968) unterscheidet autistische und symbiotische Psychosen, bei denen die Symptomatik, die Ich-Strukturen und die Qualität der Objektbeziehungen einer angenommenen sehr frühen autistischen bzw. einer späteren symbiotischen Phase der normalen Entwicklung entsprechen. Die autistische Phase entspricht der des primären Narzißmus, in der zwischen Ich und Nicht-Ich noch nicht unterschieden werden kann. Die Ursache für das Verharren bzw. für die Regression in ein autistisches Verhalten sieht *Mahler* in der Unfähigkeit des Kindes, das „durchschnittlich liebevolle mütterliche Angebot zu nutzen“. Diese Unfähigkeit beruhe auf einem angeborenen, konstitutionellen Faktor. *Mahler* (1968) schreibt: „Wir neigen zu der Annahme, daß in Fällen von frühkindlichem Autismus ein organismisches Unbehagen so hohen Ausmaßes den

Organismus in einem so frühen Reifungsstadium beeinträchtigt, daß die Wahrnehmung der Mutter als einer im Interesse des Kindes tätigen Vermittlerin sicherlich zerstört wird. Fixierung oder Regression auf einen archaischen Typus perzeptueller Entdifferenzierung scheint die spezielle Störung, die der Autismus darstellt, zu erklären, dessen auffälligstes Symptom darin besteht, daß die Mutter als Vertreterin der Außenwelt vom Kind überhaupt nicht wahrgenommen zu werden scheint.“

Mit der Annahme eines „durchschnittlichen mütterlichen Angebotes“, eine Formulierung, die genau der „durchschnittlich zu erwartenden Umwelt“ *Hartmanns* entspricht, vernachlässigt *Mahler* jedoch, die reale Qualität der Mutter-Kind-Beziehung zu untersuchen, die die Ich-Entwicklung des Kindes entscheidend fördert oder behindert. Die Mutter ist nicht nur Vermittlerin der Umwelt, die lediglich dafür sorgt, daß unerträgliche, von inneren oder äußeren Reizen hervorgerufene Spannungen vermieden werden, sondern ist die Umwelt selbst. *Spitz* (1965) weist auf die Bedeutung des „affektiven Klimas“ zwischen Mutter und Kind hin, dessen Qualität in der wechselseitigen Beziehung von der Mutter als dem aktiven Teil der Symbiose initiiert wird. Ein positives affektives Klima, das dem emotionalen „Halten“, dem „holding“ der „genügend guten Mutter“ (*Winnicott*, 1965) entspricht, ist aber die Voraussetzung einer gelingenden Ich-Entwicklung. *Ammon* (1971, 1973) versteht die archaischen Ich-Krankheiten, zu denen Borderline-Syndrom und psychotische Reaktion gehören, als Ausdruck einer arretierten pathogenen Symbiose. Die Mutter und die umgebende Gruppe übernehmen in der gelingenden Symbiose die entscheidende Ich-Funktion der Abgrenzung nach innen und außen, solange das Kind nicht selbst zwischen sich und den Objekten unterscheiden kann. Dazu gehört die freundliche Unterstützung der zentralen Ich-Funktion der konstruktiven Aggression, des neugierigen Herangehens an die Umwelt vorwiegend durch die Mutter. Die Ablehnung des Kindes und seiner Abgrenzungsversuche, die feindselig beantwortet werden, bedeuten in dieser Zeit eine existentielle Verlassensdrohung und werden mit extremer Vernichtungsangst erlebt, die die schwachen Ich-Grenzen überfluten. *Ammon* beschreibt die Mütter später psychotisch reagierender Kinder entweder als völlig unfähig, Mutter sein zu können, als Pseudomütter, oder als sogenannte Kindmütter, die von ihren Kindern selbst mütterlichen Schutz erwarten. Darüberhinaus beeinflussen nach *Ammon* die fehlende Identität und Abgrenzungsfähigkeit der umgebenden Familiengruppe entscheidend die Mutter-Kind-Beziehung. Die unbewußte destruktive Dynamik der Gruppe spiegelt sich in der Symptomatik ihres schwächsten Mitglieds als einem Symptomträger wider.

Ich möchte mit der vorliegenden Arbeit einen Beitrag zum Verständnis der Ätiologie des frühkindlichen Autismus leisten. Die autistische Reaktion entwickelte sich in meinem Fallbeispiel innerhalb der Borderline-Symptomatik eines Kindes, dessen Eltern beide als Borderline-Persön-

lichkeiten gesehen werden müssen; sowohl das Borderline- wie auch das psychotische Verhalten des Kindes waren aus der jeweiligen Familiendynamik ableitbar. Während der analytischen Kindertherapie konnte der autistische Rückzug umso mehr aufgegeben werden, je mehr sich einerseits eine therapeutische Symbiose entwickelte und je weniger andererseits die Mutter aufgrund ihrer eigenen psychoanalytischen kombinierten Einzel- und Gruppentherapie die symbiotischen Bedürfnisse des Kindes abwehren mußte. Der Weg aus der autistischen Festung wurde durch Spielszenen und Zeichnungen des Kindes dokumentiert, die in den Abbildungen wiedergegeben werden.

Falldarstellung:

Frau B. brachte Birgit, ihre 5^{1/2}jährige Tochter, in die Sprechstunde, weil das Kind vor drei Jahren aufgehört habe zu sprechen, seitdem nur wenige Wörter gebrauche und keinen näheren Kontakt zu anderen Menschen aufnehme. Birgit sei sehr ruhig, lächle selten, stelle keine Ansprüche und zeige keine Angstreaktionen. Zu Hause sei sie oft stundenlang allein, sei zurückgezogen und spiele kaum. Manchmal sei sie motorisch sehr aktiv, es komme vor, daß sie weglaufe oder sich verstecke, besonders in fremder Umgebung. Die Mutter, Sozialarbeiterin und Soziologiestudentin, habe lange gezögert, mit der Therapie zu beginnen, vor der sie große Angst habe, weil sie wüßte, daß sie sich selbst in Frage stellen müßte. Den Beginn der Symptomatik, Birgit war 2^{1/2} Jahre alt, brachte sie selbst in Zusammenhang mit der damaligen Familiensituation: Birgits Vater sei zum wiederholten Mal in einer psychiatrischen Klinik wegen seines Alkoholismus gewesen. Als Frau B. und ihre Tochter von einer Urlaubsreise zurückkamen, habe er – inzwischen entlassen – sie nicht in die Wohnung gelassen und sie voller Wut und Eifersucht weggeschickt. Frau B. habe daraufhin einen schweren Suizidversuch unternommen, sei nur durch Zufall gefunden worden und wochenlang in einer Klinik geblieben. Birgit sei in dieser Zeit bei Bekannten gewesen. Als die Mutter zurückkam, habe sie sie nicht angesehen, habe kein Wort gesagt, nicht gelacht und nicht geweint.

Vorher habe Birgit sich nach der Meinung der Mutter ganz normal entwickelt, sie sei sogar in der Sprachentwicklung Gleichaltrigen voraus gewesen, worauf ihr Vater besonders stolz gewesen sei. Nur die Reinlichkeitserziehung habe Schwierigkeiten gemacht, im Zusammenhang damit seien oft heftige Wutausbrüche aufgetreten. Außerdem habe Birgit an Schlafstörungen gelitten, sie habe nicht einschlafen können, ohne daß die Mutter für Stunden neben ihr lag. Nachts sei sie oft schreiend aufgewacht und war dann kaum zu beruhigen. Sie habe auch sonst die Mutter ständig in der Nähe haben müssen und habe keine Babysitter akzeptiert. Frau B. habe sie oft in die Seminare mitnehmen müssen. Birgits Vater habe als Professor an der Universität sehr viel arbeiten müssen und sei wegen

seines ständig zunehmenden Alkoholismus immer häufiger in Kliniken gewesen. Er habe zwar zu Birgit einen engen Kontakt hergestellt, wenn er da war, sich jedoch nicht für die Erziehung und Pflege verantwortlich gefühlt. Jetzt nach der Scheidung sehe er Birgit 1 – 2 Mal im Jahr, er verwöhne sie dann sehr und versuche ihr Sprechen und sogar Schreiben beizubringen.

Die autistische Reaktion wurde zwar durch das reale furchtbare Verlassenwerden ausgelöst, ist jedoch das Ergebnis einer defizitären Ich-Entwicklung. Aufgrund ihres eigenen früherworbene narzißtischen Defizits hatten nicht nur die Eltern aneinander die Erwartung, dieses Defizit gegenseitig auszufüllen, sondern forderten unbewußt auch von dem Kind, primär für sie da zu sein, das so nicht im eigenen Recht aufwachsen konnte, sondern einem Milieu der wechselnden Zuwendung und aggressiven Ablehnung ausgesetzt war. *Ammon* (1971) begründet die Unfähigkeit der Mütter, „die natürliche Symbiose der ersten Lebensjahre zu akzeptieren und dem Kind die Entwicklung eines unabhängigen Ichs mit freundlicher Hilfe zu ermöglichen“, mit der „psychischen Struktur der Mütter selbst, die . . . keine Mütter werden können, weil sie sich selbst nie von ihren Müttern lösen durften. Das Kind wird für diese Mütter zu einem Hilfs-Ich, das sie brauchen, um selbst existieren zu können“. Die Eltern von Borderline-Kindern geben das auf Grund ihrer eigenen Lebensgeschichte erworbene narzißtische Defizit im Sinne einer Symptomtradition weiter (*Hirsch*, 1975).

Aus der Fülle der Fakten aus der Therapie von Birgits Mutter können hier nur einige Grundzüge dargestellt werden. Mit der Beziehung zu ihrem Mann wiederholte sie die zu ihrem mütterlichen, weichen Vater, der durch einen selbstverschuldeten Unfall umkam, als Frau B. sechs Jahre alt war. Diesen plötzlichen Verlust hatte sie nie bewältigen können, sie hatte mit der Mutter, die keine Gefühle zulassen konnte, nie über den Vater sprechen können. Sie entwickelte selbst autistische Züge, und ihr ganzes Leben fühlte sie sich nur in harter Arbeit existent, die für sie eine Verbindung zum toten Vater darstellte. So wie sie vom Vater verlassen wurde, konnte sie auch von ihrem Mann keine Hilfe bekommen, der nur auf intellektuellem Gebiet funktionieren konnte. Je mehr er dem Alkohol verfiel, desto mehr mußte sie im Gegenteil Ich-Funktionen für ihn übernehmen. Dabei kritisierte er sie ständig, war eifersüchtig und drohte, daß er sie verlassen wolle. Frau B. tat, was sie immer getan hatte, sie versuchte, sich anzupassen, und sprach nicht über ihre Gefühle. Sie litt unter seinen Drohungen, sie zu verlassen, und hatte große Angst, allein zu sein, wenn er wieder einmal in der Klinik behandelt werden mußte.

Frau B. hatte sich ein Kind gewünscht, während Herr B. sich damals erst habilitieren wollte. Für Frau B. war die Schwangerschaft ein „glücklicher Zufall“, wie sie sagte, im dritten Monat jedoch machten die Anzeichen einer drohenden Fehlgeburt eine drei Monate dauernde Bettruhe

erforderlich. Später konnte Frau B. erkennen, daß in dem bewußten Wunsch, ein Kind zu haben, die unbewußte Hoffnung lag, daß ihr Mann sie nicht mehr verlassen könne. Und sie würde in ihrem Kind einen Menschen haben, der sie lange brauchen und sie nicht alleinlassen würde. Die drohende Fehlgeburt war andererseits der psychosomatische Ausdruck ihrer Angst, von den Ansprüchen vereinnahmt zu werden, die das Kind haben würde, die Angst, die Identität einer Mutter zu übernehmen. Sie fürchtete, ihren Beruf aufgeben zu müssen, der für sie ein Refugium aus der symbiotischen Beziehung zu ihrem Mann bedeutete.

Herr B. wurde während der Schwangerschaft immer aggressiver, zeigte kaum verhohlen seine Eifersucht und trank wieder mehr Alkohol. Wurde das Leben des ungeborenen Kindes schon vom psychosomatischen Agieren der Mutter bedroht, so wiederholte sich diese Bedrohung in dem äußerst destruktiven Agieren des Vaters: Als seine Frau hochschwanger war, hatte Herr B. in ihrer Gegenwart sexuellen Kontakt mit einer gemeinsamen Bekannten in der Annahme, seine Frau sei schon eingeschlafen. Durch den Schock, den sie erlitt, wurde Birgits Geburt vorzeitig ausgelöst. Frau B. war furchtbar verlassen, als sie allein in die Klinik fuhr.

Im Zentrum der Dynamik der Familiengruppe steht die destruktive ambivalente gegenseitige Abhängigkeit, die vom Kind als positive Erfahrung kontinuierlicher Zuwendung nicht verinnerlicht werden kann, sondern abgewehrt werden muß. Als das labile symbiotische Gleichgewicht der Beziehung der Eltern nicht mehr aufrechterhalten werden konnte, sollte das Kind die Ehe retten, als drittes Objekt zwischen den Eltern vermitteln und damit ein neues Gleichgewicht, gleichsam als eine Symbiose zu dritt, möglich machen. Die in den Ängsten der Eltern ausgedrückte Ambivalenz trifft das Kind schon vor der Geburt: es sollte die Ehe retten, brachte sie aber gleichzeitig in Gefahr, da Herr B. eifersüchtig war und voller Angst, seine Frau zu verlieren. Frau B. erwartete einerseits in ihrem Kind einen verlässlichen Partner, eine Mutter, die sie nicht verlassen könnte, andererseits fürchtete sie, daß das Kind ihr ihre beruflichen Erfolge zunichte machte. Das Kind wurde aus den Bedürfnissen der Eltern teils ersehnt, zum Teil wegen ihrer Ängste abgelehnt. Es wurde von beiden verlassen, noch ehe es geboren war.

Das Kind reagiert auf diese frühe, schon pränatal gemachte Erfahrung mit der Borderline-Symptomatik, die von beiden Eltern, die die intellektuelle, in diesem Fall besonders die sprachliche Entwicklung, überbewerten, verleugnet wird. Da es kein verlässliches Objekt verinnerlichen konnte, muß die reale Anwesenheit der Objekte gewährleistet sein. Die Schwierigkeiten bei der Reinlichkeitserziehung und besonders die Schlafstörungen machen die ständige Anwesenheit der Mutter erforderlich, während die gut entwickelte Sprachfunktion den Kontakt zum Vater aufrechterhält. Die autistische Reaktion nach dem Verlust beider Eltern bedeutet sowohl das Zusammenbrechen der Borderline-Abwehr als auch

die Verweigerung der als tödlich erlebten Symbiose. Die Sprache scheint für Birgit den Sinn verloren zu haben, da sie ja nie für sich, nur für den Vater gesprochen hat, der nicht mehr da ist. Der psychotische Rückzug von der Realität des Alleinseins ist die einzige Möglichkeit, die Vernichtungs- und Todesangst zu bewältigen.

Nach der Scheidung der Eltern stellt sich ein neues Gleichgewicht zwischen Frau B. und ihrer Tochter her, das die Mutter nicht überfordert: Durch die autistische Abkapselung der Tochter ist sie geschützt vor den angstmachenden symbiotischen Ansprüchen, trotzdem ist sie nicht allein: Die Krankheit des Kindes ist auch von den unbewußten Bedürfnissen und Ängsten der Mutter her zu verstehen.

Dieses Gleichgewicht erfordert die Verleugnung der Symptomatik des Kindes, bei der die Umwelt, Kinderärzte und Verwandte, mithelfen. Es geriet ins Wanken, als die Schuldgefühle, eine schlechte Mutter zu sein, zu groß wurden. Die Angst vor Veränderung, die Angst vor der Therapie ist die Angst der Mutter und des Kindes vor dem Aufgeben der autistischen Abwehr der Symbiose.

Der therapeutische Prozeß

Anders als beim Vorgehen von *Ekstein* (1973) und *Bettelheim* (1967), die psychotisch reagierende Kinder vorwiegend in einem Klinikmilieu behandeln, das die Mutter-Kind-Symbiose ersetzt und Mutter und Kind trennt, kam es uns darauf an, die Mutter in die Therapie des Kindes einzubeziehen. Dadurch, daß die Mutter in ihrer eigenen kombinierten Therapie selbst eine nachholende Ich-Entwicklung erreichen konnte, wurde eine Dynamik durchbrochen, die darin bestand, daß die Mutter einerseits unbewußt die Entwicklung des Kindes aus dem Autismus verhinderte, andererseits auf der bewußten Ebene es überforderte, sich altersentsprechend zu verhalten, und damit einen weiteren Rückzug provozierte. Die Therapie des Kindes selbst wird als therapeutische Symbiose aufgefaßt, die immer mehr von einer gelingenden nachholenden Mutter-Kind-Symbiose abgelöst werden konnte.

Birgit, 5 $\frac{1}{2}$ Jahre alt, körperlich altersentsprechend entwickelt, von etwas stämmigem Körperbau, kommt zusammen mit der Mutter zur ersten Sitzung in das Kindertherapiezimmer. Sie hat einen hübschen, aufgeweckten Gesichtsausdruck, die Augen bewegen sich unruhig. Sie geht im Raum umher, als würde sie ihn schon lange kennen, und nimmt von der Mutter und mir keine Notiz. Sie geht zur Tafel, beginnt zu kritzeln, sieht aus dem Fenster, verläßt den Raum, nimmt flüchtig die vielen Spielsachen in Augenschein. Bei meinem Versuch, Kontakt aufzunehmen, zeigt sie keine Angst, reagiert aber auf Ansprechen nicht und wendet sich ab, als ich sie anfassen will. Von den Figuren des aufgebauten Sceno-Test-Baukastens interessiert Birgit ausschließlich das Baby, dem sie die Flasche gibt. Das Interesse am Baby dauert nur eine halbe Minute. Sie spricht

spontan einige Wörter wie: „Birgit malen“ oder beim Blick aus dem Fenster: „ein Bus“. Nach ca. 20 Minuten wird sie ruhig, setzt sich auf den Boden und blickt ins Leere. Die Mutter macht einen ängstlichen, verlegenen Eindruck.

Hier wird der Kern von Birgits realitätsentferntem Verhalten schon sichtbar: Sie zeigt keine Gefühle, die neue Situation berührt sie anscheinend in keiner Weise, die Mutter scheint nicht anwesend zu sein. Birgit wird scheinbar allein mit sich und der Umwelt fertig. Das Interesse an den unbelebten Objekten hält nur flüchtig an, weder ein affektiver noch ein sprachlicher Kontakt wird hergestellt.

In der Anfangsphase der Therapie kam es mir ausschließlich darauf an, den engstmöglichen Kontakt herzustellen und aufrechtzuerhalten, den Birgit zulassen konnte. Dazu überließ ich ihr die Initiative zu Art und Dauer der Spiele. Ähnlich wie in der ersten Sitzung ging sie in dieser Phase flüchtig an unbelebte Objekte heran, die Reihenfolge und Art der Beschäftigung blieb oft wochenlang stereotyp bestehen, z. B. wurden immer wieder Klappstühle aufgestellt, das Baby in den Kasten gelegt, bestimmte Bilderbücher angesehen usw. Einen Blick- oder Körperkontakt mit mir ließ sie nicht zu. Birgit verwendete nur einzelne Wörter, z. B. rief sie vor Beginn der Sitzung „Kinderzimmer“, als Zeichen, daß wir ins Kindertherapiezimmer gehen sollten. Was Birgit tat, habe ich lange Zeit nur kommentiert, ohne einen Sinn ihrer Spiele entdecken zu wollen. Was sie spontan sprach, habe ich wiederholt, habe es erweitert und zu ganzen Sätzen gemacht, ein Vorgehen, das *Ekstein* (1967) die „fortgeschrittene Echolalie des Therapeuten“ nennt, und das dem Sprachverhalten der Mutter, die mit ihrem Säugling spricht, sehr ähnlich ist. Es war mir bewußt, daß in dieser Anfangsphase jeder therapeutische Ehrgeiz, jede Forderung Birgit gegenüber, etwas zu leisten, einer Gegenübertragungsreaktion entsprochen hätte. Birgits Beziehung zur Mutter war in dieser Zeit unverändert, Birgit nahm die Trennung am Beginn der Sitzung nicht wahr und begrüßte sie mit keiner Regung, wenn die Mutter sie abholte.

Folgende Szene charakterisiert ihr Verhalten und die emotionale Reaktion der Mutter: Birgit lief einen langen Flur auf sie zu, die Mutter lächelte und breitete die Arme aus. Birgit bog jedoch ganz kurz vor den Armen der Mutter mit unverminderter Geschwindigkeit und unbewegtem Gesichtsausdruck in ein angrenzendes Zimmer ab. Offenbar wollte sie ihre scheinbar omnipotente Unabhängigkeit demonstrieren und ihre Aggressivität war nur in der hilflosen Enttäuschung der Mutter sichtbar.

Als ersten Wendepunkt im Verlauf der Therapie möchte ich folgendes Ereignis schildern, das eine neue Qualität meiner Beziehung zu Birgit und ein aktiveres Verhalten meinerseits möglich machte.

In einem unbeobachteten Moment am Anfang einer Sitzung kletterte Birgit ohne jede Angst wie traumwandlerisch ein Treppengeländer hin-

auf und brachte sich in beträchtliche Gefahr. Erschrocken hob ich sie vom Geländer weg, was sie sich gefallen ließ, und merkte an meiner dann einsetzenden Wut, wie aggressiv mir gegenüber und geradezu suizidal ihre Aktion gewesen war. Birgit ließ von jetzt an Körperkontakt zu, die Spiele wurden nun gemeinsame Spiele, in die ich mehr aktiv eingreifen konnte, ohne daß sie sich gleich zurückziehen mußte. Eines dieser Spiele schloß sich an den eben geschilderten Vorfall an: Sie kletterte die Balkonbrüstung hinauf – der Balkon befand sich im 3. Stock –, ich durfte sie umfassen und festhalten, und sie sagte einen ihrer ersten vollständigen Sätze: „Da fällst du ganz tief runter!“

Darauf angesprochen, berichtete die Mutter schuldbewußt von ihren wiederholten Angstträumen, in denen ihre Tochter einen tiefen Schacht hinabfiel. Birgit inszenierte also bis ins Detail die gegen sie gerichtete Aggression der Mutter.

Während Birgit in der ersten Phase der Therapie auf jede Frustration mit absolutem Rückzug reagierte, in dem sie nicht mehr zu erreichen war, z. B. wenn sie sich wehrt oder etwas nicht bekommen konnte, ersetzten wir jetzt bei ähnlichen Gelegenheiten diese totale psychotische Abgrenzung durch ein Spiel. Als Symbol des Rückzugs bauten wir z. B. aus Stühlen eine Höhle, in der eine Öffnung war, durch die ich meine Hand stecken konnte. Ich faßte ihre Hand, wir sagten gleichzeitig immer wieder „guten Tag, guten Tag“, bis sie lachen konnte. Ich tolerierte also den Rückzug nicht mehr, sondern versuchte, auf sie zuzugehen, sie anzusprechen, ein Spiel zu erfinden, das sie annehmen konnte.

Birgit entwickelte immer mehr die Fähigkeit, ihre Wünsche wahrzunehmen, mitzuteilen und oft sehr aggressiv und teilweise terroristisch durchzusetzen. Einmal war sie kaum abzuhalten, Klebstoff in den Mund zu nehmen, beachtete meine Versuche, Grenzen zu setzen, überhaupt nicht, verteidigte sich verbal, das sei doch „Kinderklebe“, die Kinder offenbar essen dürften, bis ich darauf kam, den Klebstoff den Figuren, die sie an die Wand gemalt hatte, ersatzweise zu essen zu geben. Gemeinsam wiederholten wir dabei immer wieder ein „guten Appetit“, bis sie ihre Frustration bewältigt hatte.

Das Bedürfnis, die Sitzung zu beenden, wurde bald nicht mehr durch den Rückzug mitgeteilt, sondern sie sagte: „Wir gehen zu Maria“, zu ihrer Mutter, die sie mit dem Vornamen nannte. Wenn sie die Sitzung noch nicht beenden wollte, drückte sie das so aus: „Maria ist einkaufen“, also noch nicht da, um sie abzuholen. Weitaus entschiedener klang das „Nein“, wenn ich die Sitzung schließen wollte, das sie auch wütend sagen konnte, sich dabei körperlich entzog, durch die Räume lief, während ich sie fangen mußte. Entsprechend dem Nein-Sagen-Können nahm Birgit jetzt die Trennung von der Mutter wahr, sie verabschiedete sich von ihr, wie sie sie nach der Sitzung auch begrüßte.

In dieser Zeit veränderte sich Birgits Verhalten der Mutter gegenüber völlig: sie konnte fordern, sie weigerte sich, etwas zu tun, was sie nicht

wollte. Sie näßte nun wieder ein, die Schlafstörungen tauchten wieder auf mit heftigen terroristischen Forderungen an die Mutter, bei ihr zu bleiben, verbunden. Immer wieder verlangte sie von der Mutter, ihr die Flasche zu geben und mit ihr Baby zu spielen. Oft quittierte sie Frustrationen mit unkontrollierten Wutausbrüchen. Ich verstehe das Auftreten dieser lautstarken Symptomatik als Aufgeben der psychotischen Ich-Abgrenzung und als neuen, wenn auch im Sinne der Ich-Zustandswechsel des Borderline-Kindes noch wenig gelingenden Versuch der Regulation der Ich-Grenzen.

Wenn Birgit auch mir gegenüber ebenfalls aktiver und fordernder war, traf die Mutter weit mehr das aggressive und terroristische Verhalten. Es stellte sich in der Simultantherapie die vom Splitting Birgits bestimmte Familiensituation wieder her, in der sie zum Vater immer eine freundlichere Beziehung hatte, in der Sprache und Intellekt eine überwiegende Rolle spielten, obwohl der Vater sie viel mehr allein gelassen hatte. In ihrer Therapie konnte die Mutter nun in der Übertragung endlich alle Aggressionen ausdrücken, sie fühle sich von mir vernachlässigt, Birgit würde mehr bekommen, sie hätte dagegen nur Birgits Terror zu ertragen. Frau B. konnte aber verstehen, daß andererseits Birgits Verhalten ein Kontaktangebot bedeutete, und da sie ihre Enttäuschung und Aggressivität im geschützten Raum ihrer eigenen Therapie bearbeiten konnte, war sie immer mehr in der Lage, ihr unbewusstes Interesse an der Aufrechterhaltung des Autismus aufzugeben und Mutter eines schreienden, fordernden Babies zu sein. Während sie sich vorher beklagt hatte, daß sie von anderen Kindern in Birgits Alter mehr bekommen würde, konnte sie nun auch Birgits kreative Möglichkeiten erkennen und ihre Entwicklung annehmen.

Folgende Situation kennzeichnet diese Entwicklung der Mutter-Kind-Beziehung und kann als zweiter Wendepunkt der Therapie aufgefaßt werden: Birgit hatte große Widerstände, die Sitzung zu beenden und rannte weg, ich fing sie ein, hielt sie fest und trug sie, die sich wehrte und strampelte, lachend in den Raum, in dem die Mutter wartete. Die Mutter kam auf uns zu, und ganz selbstverständlich legte ich Birgit, die sich beruhigt hatte, in die Arme der Mutter. Alle drei konnten wir stillschweigend dieses Übergeben akzeptieren, was vor Wochen undenkbar gewesen war.

Zur Sprachentwicklung (vgl. *Ekstein*, 1967) in Birgits Therapie möchte ich folgendes bemerken: Anfangs bezeichneten einzelne Wörter ein Bedürfnis, etwas haben oder tun zu wollen, z. B. „Baby“, „Wasser“, „Kinderzimmer“. Das stereotype, lustvoll erlebte Spiel des gemeinsamen Wiederholens von Wörtern wie „guten Tag“ oder „guten Appetit“ dienten der Kontaktaufnahme von Patientin und Therapeut. Sätze wie „da fällst du ganz tief runter“ oder „nicht auf dem Boden malen“ sind als primitive Über-Ich-Forderungen zu verstehen. Die Sätze wird ebenso die Mut-

ter gesagt haben, die Verbote sind jedoch nicht verinnerlicht, sondern werden imitatorisch nachgesprochen. Nach drei Monaten Therapie sagte Birgit zum ersten Mal „ich“ statt „Birgit“, etwas später „du“ zu mir, bald taucht das erste abgrenzende „nein“ auf und zeigt die Fähigkeit, sich als getrennt von den Objekten wahrzunehmen. Was Birgit tat und sprach, habe ich für lange Zeit lediglich kommentiert, nicht interpretiert. So blieb die Sprache ein verbindendes Medium und hielt den Kontakt, den jede Interpretation als etwas Trennendes zerstört hätte. Ammon (1971) hat darauf hingewiesen, daß Interpretationen in der Psychotherapie anfangs kontraindiziert sind, daß vielmehr die zerbrechliche therapeutische Beziehung durch das direkte Einsteigen in die innere Realität des Patienten aufrechterhalten wird.

Ich habe in der Falldarstellung bisher als Patienten und Therapeuten verbindende Medien die Rituale und Spiele, den Körperkontakt und den fortschreitend differenzierten Gebrauch der Sprache beschrieben. Ein weiteres Medium waren die vielen Bilder, die Birgit malte, und das Spiel mit dem Scenotest-Baukasten, die sehr deutlich zeigen, daß eine überaus reiche und kreative Phantasiewelt in der scheinbar „leeren Festung“ (Bettelheim, 1967) des Autismus verborgen ist. Die Bilder teilten lange vor der Entwicklung einer differenzierten Sprache sehr viel über die Wünsche und Vorstellungen der Patientin mit und können als direkte Darstellung des Weges aus der psychotischen Einsamkeit aufgefaßt werden. Ich möchte mit den szenischen Darstellungen Birgits beginnen.



Abb. 1

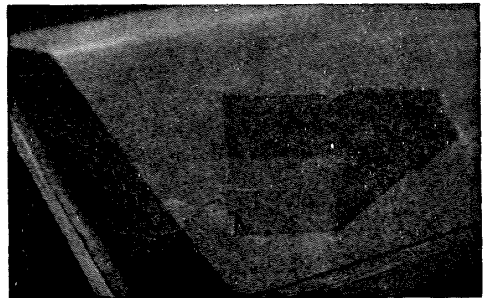


Abb. 2

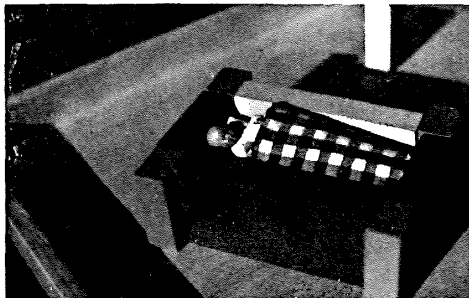


Abb. 3

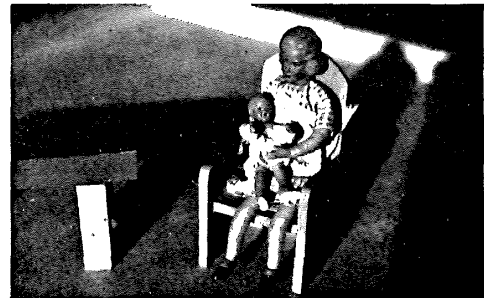


Abb. 4

Das Baby des Sceno-Kastens interessierte sie für die ersten Wochen besonders, mit dem sie fast wortlos spielte (Abb. 1). Sie bettete es in einen Kasten und (Abb. 2) tat den Deckel drauf. Die metaphorische Geburt des Babys aus dem dunklen Kasten vollzog sich nach ca. acht Wochen Therapie, es bekam ein Bettchen (Abb. 3). Bald kam die Mutter hinzu (Abb. 4 u. 5), nach weiteren Wochen war es eine Familie (Abb. 6), die in einem kompletten Zimmer zusammen mit dem Baby schlief. Der Übergang von der autistischen Phase des dunklen Kästchens bis zu den vorläufig noch phantasierten und ersehnten Objektbeziehungen zur Mutter und anderen Menschen spricht aus den Bildern selbst.

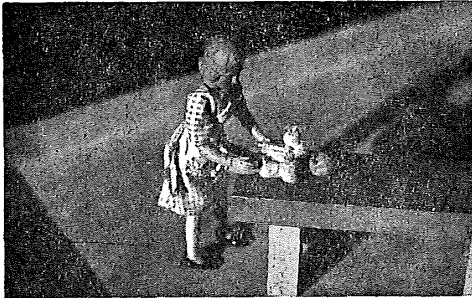


Abb. 5

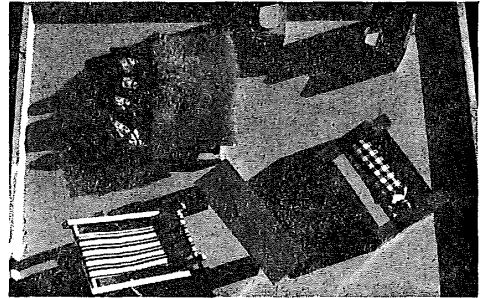


Abb. 6



Abb. 7



Abb. 8

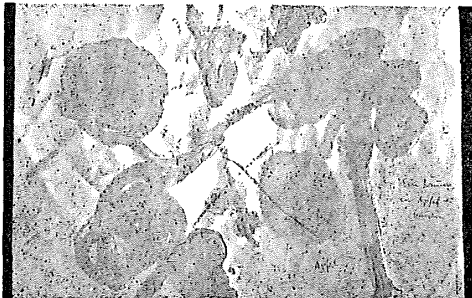


Abb. 9

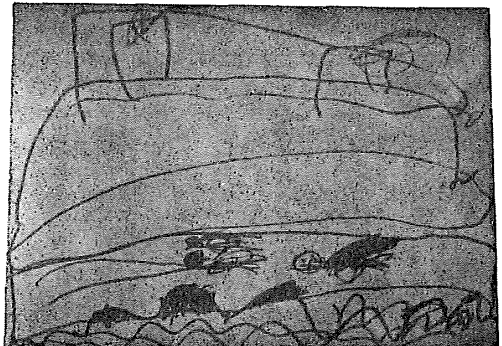


Abb. 10

In ihren Zeichnungen war eine ähnliche Entwicklung zu beobachten. Sie begann mit Fingerfarben zu malen (Abb. 7, 8), mit denen sie sich austobte und nach Herzenslust herumschmierte. Es dauerte zwei Monate, bis sie einen Gegenstand darstellen konnte (Abb. 9), einen Baum. Später zeichnete sie sehr schöne und klare Bilder, wochenlang galt ihr großes Interesse dem Thema Schwangerschaft. Sie begann mit der Darstellung eines Schiffsbauchs mit Vater, Mutter, Kind, schlafend, jeder mit einer Decke zugedeckt (Abb. 10 und 11). Später kam der runde Bauch eines Hubschraubers (Abb. 12) dazu und das Gehäuse eines Fahrstuhls (Abb. 13). Schließlich wagte sich Birgit an die Darstellung der Schwangeren selbst (Abb. 14). Auf diesem ihrem schönsten Bild malte sie das ungeborene, liegende Kind erstaunlich genau, umgeben von der Uterus-Höhle. Auffällig war die ungenaue, gekritzelte Darstellung der mütterlichen Brüste, die einen dunklen, bedrohlichen Charakter bekamen. Außerdem achtete sie bei jedem Bild darauf, daß das ungeborene Kind einen Penis hatte, der ihr sehr wichtig war.

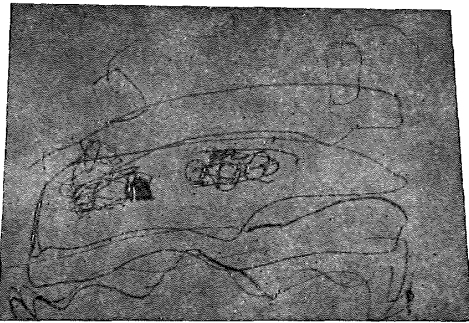


Abb. 11

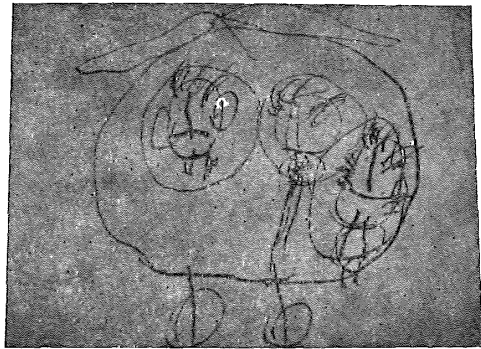


Abb. 12

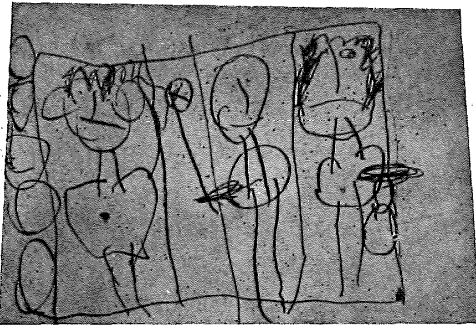


Abb. 13

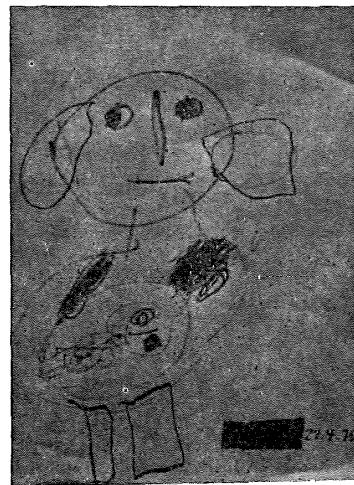


Abb. 14

Auch auf den späteren Bildern hatte der meist sehr groß geratene Penis eine besondere positive Bedeutung, so daß das böse Objekt Brüste und das gute Objekt Penis sehr an das Splitting zwischen Mutter und Vater erinnert und in Birgits Bildern wieder auftaucht. Hier noch zwei Bilder mit der Schwangeren (Abb. 15 und 16). Interessant ist die folgende Zeichnung (Abb. 17): Birgit malt sich selbst, entstanden aus buchstabenähnlichen Gebilden, die „Birgit“ bedeuten sollen, als Schwangere mit einem dicken Bauch. Sie scheint sich nicht nur mit dem ungeborenen Kind, sondern auch gleichzeitig mit der Mutter zu identifizieren, eine Kombina-

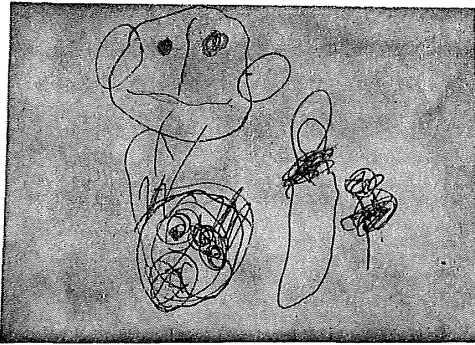


Abb. 15

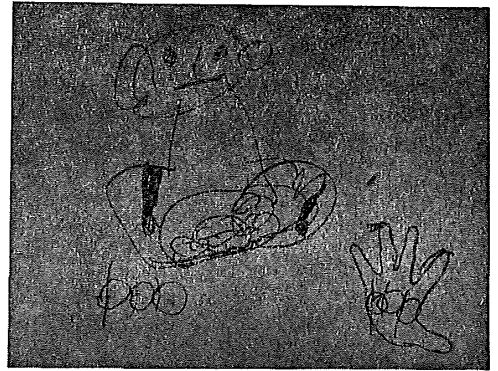


Abb. 16

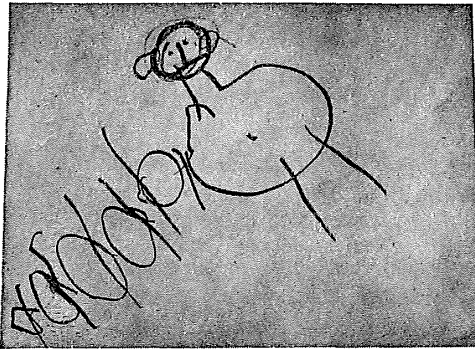


Abb. 17

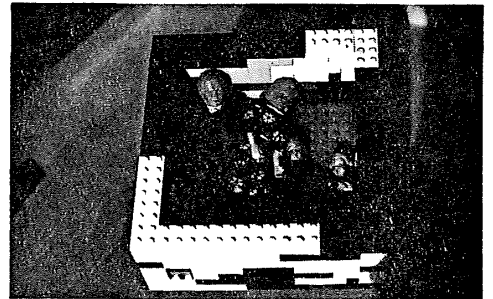


Abb. 18

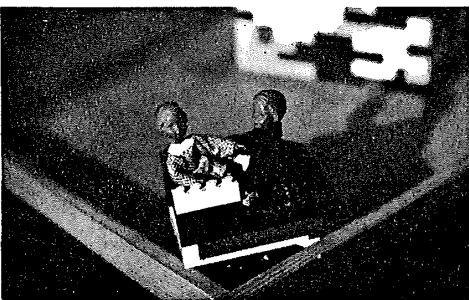


Abb. 19

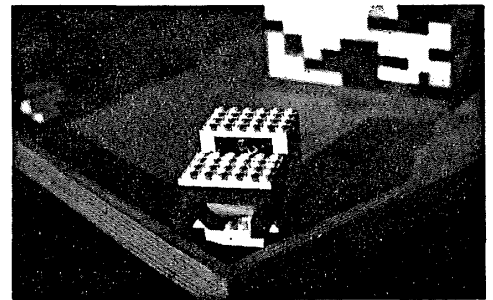


Abb. 20



Abb. 21

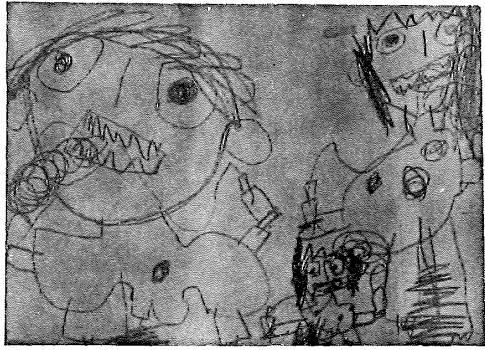


Abb. 22

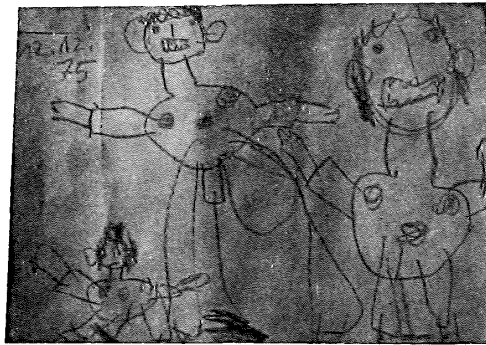


Abb. 23

tion, die auch *Erikson* (1968) in der Therapie eines siebenjährigen Jungen beschrieben hat. In der weiteren Entwicklung spielte sie ganz altersentsprechend mit einem Haus (Abb. 18), indem die Eltern mit zwei Kindern, in Birgits Alter, schliefen, aufstanden, frühstückten etc. Die beiden Kinder fuhren in einem Wagen (Abb. 19) spazieren, während das Baby im Kinderwagen, aus dem es herauschaut, kaum noch Interesse beanspruchen konnte (Abb. 20). Fast alle Zeichnungen aus dieser Zeit sind Darstellungen von Vater, Mutter und Kind (Abb. 21, 22, 23), die drei Menschen, „machen einen See“, der Vater mit dem großen Penis, und stellen vielleicht die therapeutische Drei-Personen-Situation, sicher aber Birgits Wunsch nach einer vollständigen Familie dar.

Zusammenfassung

In meinem Fallbeispiel wird die Bedeutung der unbewussten emotionalen Qualität der Mutter-Kind-Beziehung und der Familiendynamik für die Entstehung schwerer psychischer Störungen, insbesondere der autistischen Reaktion des Kindes, untersucht.

Es handelte sich um eine insgesamt identitätsdefizitäre Familiengruppe, beide Eltern konnten aufgrund ihres eigenen in ihrer Lebensgeschichte erworbenen Defizits in einem Milieu gegenseitiger ambivalenter symbio-

tischer Abhängigkeit dem Kind eine Verinnerlichung konstanter Objektbeziehung und Ich-Abgrenzung nicht ermöglichen, wie besonders *Ammon* es für die Borderline- und psychotisch-machende Familiengruppe beschrieben hat. Bei dem Kind in meinem Fallbeispiel bestand eine kindliche Borderline-Symptomatik, die in eine drei Jahre dauernde sprach- und emotionslose autistische Reaktion umschlug, als es von beiden Eltern real verlassen wurde.

Ich verstehe das autistische Verhalten als Abwehr einer lebensbedrohlich erfahrenen Symbiose. *Melanie Kleins* Vorstellung einer konstitutionellen Ich-Schwäche beim autistischen Syndrom, ein Übermaß an triebbedingter Angst zu ertragen, kann meiner Meinung nach ebensowenig aufrechterhalten werden wie *M. Mahlers* Annahme einer „konstitutionellen Unfähigkeit, ein durchschnittlich liebevolles Angebot der Mutter zu nutzen“. Sowohl Ich-Schwäche, d. h. mangelnde Angstbewältigung, Realitätskontrolle, flexible Regulation der Ich-Grenzen, als auch die existentielle Angst lassen sich aus der interpersonellen defizitären bzw. bedrohlichen Erfahrung ableiten. In der therapeutischen Technik kam es primär darauf an, Kontakt herzustellen und aufrechtzuerhalten, um eine neue Erfahrung von Nähe und Abgrenzung zu ermöglichen.

Wie es mehrfach in den Referaten dieses Symposiums und besonders von *Ammon* (1976) herausgearbeitet worden ist, wurde dieses Ziel der Therapie erreicht durch direktes Einsteigen in die psychotische Welt des Kindes, in die Rituale und Spiele, durch Körperkontakt und Kommunizieren auf den fortschreitend differenzierten Stufen der Sprachentwicklung. In den sehr kreativen und lebendigen Zeichnungen schließlich hat die kleine Patientin selbst einen Weg aus der psychotischen Abwehr gezeigt, den sie erst in Begleitung des Therapeuten und dann zunehmend der Mutter finden konnte.

On the Etiology of the Borderline-Syndrome in the Family-Groups Demonstrated by a Case Study of an Autistic Reaction

Mathias Hirsch

The author understands the development of an infantile autistic psychosis as a reaction to a pathological family dynamics. He demarcates from the concepts of *Kanner*, *M. Klein*, and *M. Mahler* who stress constitutional factors in reference to the genesis of the autistic syndrome. While *M. Klein* assumes a biologically determined aggressive drive and a constitutionally determined inability of the ego to tolerate anxiety, *M. Mahler* — following *Hartmann's* theory — talks about the inability of the child to make use of the mother's offer of love. The author refers to recent studies by *Spitz* and *Winnicott* in which emotional influences of

emotional lack in the mother-child-relationship have a pathological effect.

Following *Ammon* the author understands the infantile borderline-syndrome as well as the infantile psychosis as an expression of an arrested symbiosis within a family-group unable to communicate. The mother and the surrounding group take over – i. e. in a successful symbiosis – the important ego-function of demarcation towards the interior world and towards the outside reality as long as the child is not able to differentiate between self and objects.

This means that the mother should assist the child to develop the central ego-functions of constructive aggression, of the curious „ad-gredi“. The rejection of the child and its efforts of demarcation, at this time, mean a real threat of abandonment and are answered by the child with extreme fear of annihilation.

In a detailed case study the author describes a five-year-old girl who at the age of three stopped her verbal and emotional contact after a period of normal language development. The autistic reaction took place in the previously existing borderline-symptomatic of the child whose parents were both borderline-personalities. The borderline as well as the psychotic behaviour could be understood within the family dynamics, in the center of which there was a destructive ambivalent dependence which could not be internalized by the child as a positive experience, but had to be warded off. When the unstable symbiotic balance in the relationship of the parents could no longer be maintained, the child was expected to save the marriage, to mediate, as a third object, between the parents, in order to create a new balance, i. e. a symbiosis between three. The parent's ambivalence hit the child already before being born: it was expected to save the parents, at the same time being a danger for them. The father was jealous and full of fear to lose his wife.

The mother expected her child to be a reliable partner, a mother who wouldn't leave her. On the other hand she feared that the child would spoil her professional success. The child, therefore, was wanted on one hand because of the parental needs and rejected on the other because of their fears. It had been left by both of them before having been born.

The child reacted on this early prenatal experience with a borderline-symptomatic, which was denied by both parents who overestimated the child's verbal development. Since the child was not able to internalize a reliable object, the real presence of the objects had to be granted. The autistic reaction following the loss of both parents – the father left the family, the mother had to be put into hospital after a very serious suicidal attempt – meant a break-down of the borderline-defense as well as a refusal of the symbiosis which was fatal for the child. The psychotic withdrawal from reality was the only possibility for the child to overcome the fear of destruction and death.

After the parents divorce a new balance was established between mother and child, which did not overcharge the mother: She was protected from the frightening symbiotic wishes – but not left alone – because of the autistic isolation of her daughter. The illness of the child can also be understood, if one takes into account the mother's wishes and fears.

This balance made it necessary for the parents to deny the child's symptomatics and the whole surrounding, physicians and relatives helped doing this. The balance started wavering when the sense of guilt to be a bad mother grew too strong. The fear concerning a change and a therapy is the mother's and child's fear to give up the autistic defense of the symbiosis.

The therapy of the child can be understood as a therapeutical symbiosis which could, step by step, be taken over by a successful mother-child-symbiosis because the mother in her own combined individual and group-therapy could achieve a retrieval of ego-development.

It was of utmost importance to reach as near a contact as possible with the child. In the initial phase every demand or interpretation was avoided. The therapist accented the stereotype and ritual offers in the child's play and talking. In a second phase of the therapy body contact was tolerated and by and by there was developed the capability of demarcation together with a differentiated use of language. A third phase was characterized by a growing emotional contact between mother and child. Demands and violent aggressive efforts of demarcation of the child became possible. At the same time symptoms like sleep disturbances and enuresis reappeared. These symptoms can be understood as an abandonment of the autistic ego-demarcation. It is a new trial to regulate the ego-boundaries which of course cannot be too successful at first and takes place in the sense of the ego-state-changes, typical of borderline-children.

In addition to common games and language, drawings were a further connecting medium between patient and therapist. A very rich and creative world became alive in the seemingly „empty fortress“ of autism. Long before the development of a differentiated language the drawings told much about the wishes and fantasies of the patient and could be understood as a direct demonstration of the way out of the psychotic isolation.

Literatur

- Ammon, G.* (1971): Auf dem Wege zu einer Psychotherapie der Schizophrenie I. In: *Dyn. Psychiat.* (4) 9–28
 – (1973): *Dynamische Psychiatrie. Grundlagen und Probleme einer Reform der Psychiatrie* (Darmstadt und Neuwied: Luchterhand)

- (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
- Bettelheim, B.* (1967): *The Empty Fortress* (New York: The Free Press)
- Chambers, C. H.* (1969): Leo Kanners Concept of Early Infantile Autism. In: *Br. J. med. Psychol.* (42) 51–54
- Ekstein, R.* (1966): *Children of Time and Space of Action and Impulse.* (New York: Appleton) Dt. Ausg.: *Grenzfallkinder. Klinische Studien über die psychoanalytische Behandlung von schwer gestörten Kindern.* (München/Basel: Ernst Reinhardt, 1973)
- Erikson, E. H.* (1950): *Childhood and Society* (Dt. Ausg.: *Kindheit und Gesellschaft*, Stuttgart: Klett; 3. Aufl. 1968)
- Hirsch, M.* (1975): Die Familiendynamik bei psychosomatischen Reaktionen über drei Generationen. In: *Dyn. Psychiat.* (8) 385–393
- Kanner, L.* (1943): Autistic Disturbances of Affective Contact In: *Nerv. Child.* 2, 217–250
- Klein, M.* (1930): Die Bedeutung der Symbolbildung für die Ich-Entwicklung. In: *Int. Z. Psychoanal.* (16) 57–72
- Mahler, M. S.* (1968): *On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation.* Vol. I.: *Infantile Psychosis* (Int. Univers. Press)
- Schneider, R.* (1974): Das Borderline-Syndrom des Kindes. In: *Dyn. Psychiat.* (7), 109–126
- Spitz, R.* (1965): *The First Year of Life. A Psychoanalytic Study of Normal and Deviant Development of Object Relations.* (New York: Int. Univers. Press). Dt. Ausg.: *Vom Säugling zum Kleinkind* (Stuttgart: Klett, 2. Aufl. 1969)
- Winnicott, D. W.* (1965): *The Maturation Processes and the Facilitating Environment* (London: The Hogarth Press)

Adresse des Autors:
Dr. med. Mathias Hirsch
Grunerstraße 3
4000 Düsseldorf

Self-Mutilation and the Borderline-Syndrome**

Michael A. Simpson*

Der Autor gibt in seinem Referat zunächst einen Überblick über einschlägige Literatur zum Symptom der Selbsterstümmelung und geht insbesondere auf die Psychodynamik der Patienten ein, die sich selbst die Pulsader öffnen. Seiner Meinung nach sollte Selbsterstümmelung unterschieden werden von anderen suizidalen und präsuizidalen Akten. Selbsterstümmelung gleicht oft einem präsuizidalen Akt, den der Patient dazu benutzt, um den Weg in die Realität zurückzuführen; indem er sich selbst zerstückelt, gewinnt der Patient das Gefühl für seine Körper- und Ich-Grenze zurück, wobei sich häufig herausstellt, daß Schmerzerfahrung und Blut dabei den Charakter von Pseudoübertragungsobjekten bekommen.

Especially in the form of wrist-cutting, self-mutilation is a relatively common clinical phenomenon; but there have been few thorough attempts to study the phenomenology or the dynamics of self-mutilation, and it is seldom discussed in the basic texts of psychiatry. I have reviewed the available literature in detail elsewhere (*Simpson, 1976*): many diagnoses have been given to these puzzling patients, most of them unhelpful. The process is rather like the fable of the blind men trying to describe an elephant – their description depended upon which portion of the beast they encountered. Their problems have been ascribed to anhedonia, to an impulse neurosis; they have been called psychopathic, hysterical, schizophrenic, and even psychoschizophrenic. I believe that the diagnostic category of borderline syndrome, identifiable by the characteristics described by *Kernberg (1967)*, *Masterson (1972)*, *Wishnie (1975)*, *Grinker (1968)*, *Gunderson (1975)* and others, is the most appropriate and the most helpful in understanding the causation and management of these very difficult problems.

I have recently studied (*Simpson, 1975*) a group of 24 wrist-cutters, and compared them with a control group of 24 self-poisoners (the group with which wrist-cutters are usually placed for statistical purposes; wrongly, in my belief). All the wrist-cutters could be diagnosed as demonstrating the borderline syndrome, while this diagnosis was not used for any of the controls. A number of significant differences were demonstrated. The wrist-cutters were younger, and their acts were rated as of lower lethality; they were no more likely to have made previous suicide attempts. They complained less often of „depression“ as their first or second most troubling symptom, and more frequently described „tension“ leading to „emptiness“. Sudden, unpredictable mood swings, often not very long-lasting but potentially serious in their results, were

*M. D., Academic Dept of Psychiatry, The Royal Free Hospital, London

**Paper presented at the VIIIth International Symposium of the DAP, October 1st – 4th, 1976, University of Düsseldorf

shown by 11 out of 24 cutters (48,5 %) but only two controls (8,3 %). They frequently had substantial medical interests or paramedical occupations; they had stormy relationships with the hospital staff, and their physicians usually diagnosed „personality disorder“, often in pejorative terms.

A high proportion of the cutters (8 out of 24) reported dysorexia – with periods of compulsive over-eating, or severe anorexia, or both. Only two of the control group showed dysorectic symptoms, and to a less marked degree. This finding is of particular dynamic interest in view of the demonstrated abnormality of body image in frank anorexia nervosa. A high proportion of the cutters used drugs or alcohol (or both) in excess (50 % as compared with 8 % of the controls). Sexual disturbance, confusion of sexual identity and unhappy sex lives, and promiscuity were significantly more common among selfmutilators. A significantly higher proportion reported a negative reaction to menarche and menstruation. A higher proportion of cutters came from homes broken by divorce or death, described gross or relative parental deprivation, and had a history of surgery or hospitalization before the age of five, often before eighteen months of age. The self-mutilators showed more difficulty in verbalizing their emotions and needs; and absconding from hospital was more common among them.

The absence of pain during the act of cutting is of considerable theoretical interest – only two of the 24 cutters felt pain when cutting. A sense of discomfort may return within several hours or as late as two days after the wound was inflicted. Depersonalization and unreality preceding the cut was described by 22 of the 24 cutters, and for 17, blood had a special significance in mediating re-association and a return to the normal experience of reality.

When carefully elicited, there was an almost stereotyped, typical sequence of phenomena in the descriptions the selfmutilating patients offered of the act of cutting. Major precipitating factors often included the experience of loss or abandonment (or the threat of loss or abandonment); separation, rejection, the loss of an important figure or an impasse in interpersonal relations. The patient feels depressed, frustrated, angry and tense, and wants to express the extent and nature of her feelings, but feels she cannot do so in words. Tension becomes the predominant effect, she begins to plan a cut, and may seek solitude to accomplish this. As the increasing tension becomes unbearable, a transition to a state of depersonalization occurs; the new state being described as „numb“, „empty“ and „unreal“. She becomes more isolated, self-absorbed and dissociated – and suddenly cuts.

The art of cutting is experienced as therapeutic in its effects in many cases, as a direct and reasonably reliable way of achieving re-integration and repersonalization. Frank suicidal ideation is usually not described

at this time, and the act is in several ways one of anti-suicide – a deliberate technique for returning from a state of dead unreality to reality and life. Some patients explicitly liken cutting to sex, with the sense of relief as the blood flows, after the mounting tension, as orgasmic.

The sight and feel of blood seems to be an important transitional, boundary experience, enabling them to re-cathect their bodily and ego boundaries.

The functions of blood as a transitional object (*Simpson*, 1976), in such patients, is worthy of further study. *Kabne* (1967) has remarked on the persistence of transitional phenomena into adult life; and *Modell* (1963) attributed the aetiology of borderline patients to a „developmental disorder of character that leads to an arrest of object relationships at the stage of the transitional object“, but this idea has not begun to be adequately considered before now. *Fintzy* (1971) has asked: „Do borderline patients ever give up their transitional objects, or do they retain them in a disguised way?“ It is becoming more clear that they do retain a disguised or covert use of transitional objects, and that this is relevant in understanding the developmental origins of their condition.

Blood is a permanently available, efficiently stored and readily released, transitional object used by those borderline patients who cut themselves. It is a hidden, potential security blanket carried about within oneself; capable of giving a comforting, warm, brilliant envelopment. Consider some of the descriptions given by self-mutilating patients: „I am engrossed in watching the blood and examining what’s inside. So that’s how it looks. I’m not empty, I do have insides. I must be real – I’m bleeding“ (*Simpson*, 1976); (there’s a sensation) „of opening up, of creating a gap, and the sweet feeling of blood flowing out“; „the exquisite border experience of sharply ‚becoming alive’ with the flow of blood ‚like a voluptuous bath, a sensation of pleasant warmth which, as it spreads over the hills and valleys of (my) body, moulded its contour and sculpted its form“; „incredibly exciting, incredibly beautiful . . . it makes me feel very happy (*Waldenberg*, 1972). In *Burnham* and *Giovacchini*’s patient (1969), blood was experienced as „warm, comforting, and maternal“, and she likened it to the feeling of freshly voided urine when she wet the bed as a child. Some of *Asch*’s patients (1971) talked about how their surroundings seemed drained of colour, and white, immediately before the cut; one explained „There was too much white, white nurses, white doctors, white sheets, white walls. It was such a relief to cut and see (see *Simpson*) the red blood appear.“ *Richardson* (1976) described the sensation he sought, very vividly: „The real thing that excites me most is to see my blood, the pleasure of it coming, crawling and dribbling over your flesh – you know its really you coming out. Deep rich red, the colour, the velvety warmth: Sometimes I give myself a nosebleed just to feel my nose being warmed, invaded by liquid

rubies or a vintage claret – it moves slow like the birth of a child or like waring an Afghan coat on a cold day . . .“ (I have also encountered borderline and autistic children who appear to deliberately induce epistaxis to sooth themselves). As *Daskalogrigorakis* (1976) has written: „Blood-letting in the evening lets me sleep“.

In these patients, as *Kafka* (1969) has emphasized in his description of his self-mutilating patients use of her body as a transitional object, they may be very preoccupied with the, for them, quite unfinished business of establishing their body image, and with problems of limits – the limits of the body, of one’s personal power, of one’s aggression, and of one’s capacity to feel and to suffer. They are still exploring the problem of being a unitary self, contained within the limiting membrane of one’s skin, with an inside and outside, and a reliable distinction between self and not-self. *Kafka* described „the perpetual human task of keeping inner and outer reality separate yet interrelated“.

Just as one of the primary biochemical tasks of the developing foetus is to establish a reliable immunological distinction between self and not-self, so must the developing child achieve a similar psychological distinction. *Masterson* (1972) has argued that the borderline patient may represent an arrest of ego development in the separation-individuation phase (18 to 36 months) as described by *Margaret Mahler*, perhaps in the rapprochement subphase; and that they have failed to integrate the positive and negative aspects of the internalized maternal figure into a whole object.

Freud (1923) described the ego as ultimately derived from bodily sensations, chiefly those from the surface of the body, and remarked that: „Pain, too, seems to play a part.“ *Anna Freud* (1972) has suggested that the experience of being the victim of aggression developmentally precedes the defensive outward turning of the aggression towards an object. The concept of victim, and the ability to direct aggression outwards, to escape from selfaggression, is learned upon the child’s own body, where there must be what has been called an appropriate aggressive dialogue between mother and child.

Orgel (1974) has also argued that the reactions of the earliest libidinal object to the child’s aggression plays a role in the developing distinction between self and not-self, that as the child responds to the mother’s libidinal cathexis of his body with a narcissistic cathexis of his own, the setting up of the normal pain barrier can occur. Interference with this process could be expected to result in a relative deficiency of the pain barrier and of the development of a normal body image and bodily cathexis, and an inability to externalize primitive aggression or to use more usual or mature defenses to deal with the problem. This would certainly favour a tendency towards self-destructive and specifically self-mutilative behaviour.

Perhaps these patients experience a lack of the normal aggressive dialogue the „good enough mother“ must provide as she mediates the child's successful progress from pleasure to reality principle. They often seem, like *Orgel's* patient, to be trying to provoke retaliatory anger from significant people in later life, to be seeking appropriate counter-aggressive contact. This may also help to explain their great difficulty in coping with highly permissive and unstructured inpatient settings, which has been repeatedly documented in the literature.

Frances and Gale (1975) have described a case of congenital indifference to pain, in which the development of the body image and self boundaries were severely impaired, and the patient used head-banging as source of highly cathected proprioceptive sensory experience to confirm and strengthen those tenuous boundaries, in a manner very similar to my patients' uses of self-mutilation. It is an interesting, related observation that painful phantom limbs may persist indefinitely, whereas painless phantoms usually do not.

One should also note the relationship of cutting to the preceding state of depersonalization. *Blank* (1954) described depersonalization as „an emergency defense against the threatened eruption into consciousness of a massive complex of feelings of deprivation, rage, and anxiety.“ But as *Miller and Bashkin* (1974) have pointed out in their discussion of the role of depersonalization as a defense mechanism in self-mutilating patients, for it to function as a useable defence, a dependable means of terminating the depersonalized state is needed – and self-mutilation fulfills that function. The shock (including colour shock) and pain (where present) of the self-aggressive act may, as *Orgel* suggested in another context, cause a recathexis of the tennons object representative and ego boundaries.

Further, the repeated episodes of depersonalization produce a still more discontinuous experience of existence and self in someone whose ego-boundaries are porous at best. The self-inflicted cuts and their resulting scars are a visible, concrete, constant reminder that he has lived and suffered, and continued living. In *Miller and Bashkin's* phrase: „He preserved in the flesh . . . the history of events he could not integrate into the fabric of his personality.“ At a later and improved stage, the patient may hope that the scars can be magically removed by plastic surgery, somehow erasing the experiences they recorded.

The act of self-mutilation in these borderline patients is certainly over-determined and of multiple functions. It can be a reliable escape from the emergency defense of depersonalization, releasing blood to act as a transitional object in mediating the recathexis of porous ego-boundaries and tenuous body image. It enables the patient to deny his insignificance, unreality, and failure to take purposive action; to retaliate against the frustration while deflecting the rage from objects less likely to sur-

vive direct and overt attack. It enables the patient to be aggressor and aggressed, actor and acted upon, punisher and punished.

Die Selbstverstümmelung und das Borderline-Syndrom

Michael A. Simpson

Selbstverstümmelung, besonders in der Form, daß Patienten sich die Pulsadern öffnen, ist ein verhältnismäßig häufig vorkommendes Phänomen in Unfallstationen und Krankenhäusern. Es gibt nur wenige gründliche Versuche, die Phänomenologie und die Dynamik der Selbstverstümmelung zu beschreiben und zu verstehen. Noch seltener ist einschlägige Literatur zu diesem Symptom zu finden, und daß, obwohl sich hier in überaus eindrucksvoller Weise die Dynamik des Borderline-Syndroms spiegelt.

Der Autor gibt in seinem Referat zunächst einen Überblick über einschlägige Literatur zum Symptom der Selbstverstümmelung und geht insbesondere auf die Psychodynamik der Patienten ein, die sich selbst die Pulsader öffnen. Seiner Meinung nach sollte Selbstverstümmelung unterschieden werden von anderen suizidalen und präsuizidalen Akten. Selbstverstümmelung gleicht oft einem präsuizidalen Akt, den der Patient dazu benutzt, um den Weg in die Realität zurückzufinden, indem er sich selbst verstümmelt, gewinnt der Patient das Gefühl für seine Körper- und Ich-Grenzen zurück, wobei sich häufig herausstellt, daß Schmerzerfahrung und Blut dabei den Charakter von Pseudoübergangsobjekten bekommen.

Patienten, die sich selbst verstümmeln, haben viele Züge mit Borderline-Patienten gemeinsam, wie sie vor allem von *Grinker*, *Chranovski*, *Kernberg* und *Sullivan* beschrieben werden. In der therapeutischen Behandlung ergeben sich daher vergleichbare Probleme und Möglichkeiten. Darüberhinaus beschreibt der Autor jedoch auch ganz spezielle Eigentümlichkeiten dieser Patienten, die dazu verhelfen können, die Ursprünge und die Entwicklung des Borderline-Syndroms besser zu verstehen.

Literatur

- Asch, S. S.* (1971): Wrist-Scratching as a Symptom of Anhedonia; a Pre-Depressive State. In: *Psychoanal. Quart.* (40) 603-617
Blank, H. R. (1954): Depression, Hypomania and Depersonalization. In: *Psychoanal. Quart.* (22) 20-37
Burnham, R. L.; Giovacchini, P. L. (1969): Symposium on Self-Mutilation: Discussion. In: *Brit. J. Med. Psychol.* (42) 223-229

- Daskalogrigorakis, G.* (1976): Personal Communication
- Fintzy, R. T.* (1971): Vicissitudes of the Transitional Object in a Borderline Child. In: *Int. J. Psychoanal.* (52) 107-114
- Frances, A.; Gale, L.* (1975): Te Proprioceptive Body Image in Self-Object Differentiation. In: *Psychiat. Quart.* (44) 107-126
- Freud, A.* (1972): Comments on Aggression. In: *Int. J. Psychoanal.* (53) 163-171
- Freud, S.* (1923): The Ego and the Id. Standard Ed. XIX
- Gero, G.; Rubinfine, D.* (1955): On Obsessive Thoughts. In: *J. Am. Psychoanal. Ass.* (3) 222-243
- Grinker, R. R.; Werble, B.; Drye, R.* (1968): The Borderline Syndrome: A Behavioural Study of Ego Functions (New York: Basic Books)
- Gunderson, J. G.; Singer, M. T.* (1975): Defining Borderline Patients: An Overview. In: *Am. J. Psychiat.* (132) 1-10
- Kafka, J. S.* (1969): The Body as Transitional Object: A Psychoanalytic Study of a Self-Mutilating Patient. In: *Brit. J. Med. Psychol.* (42) 207-212
- Kahne, M. J.* (1967): On the Persistence of Transitional Phenomena into Adult Life. In: *Int. J. Psychoanal.* (48) 247-258
- Kernberg, O. F.* (1967): Borderline Personality Organization. In: *J. Am. Psychoanal. Ass.* (15) 641-685
- Masterson, J. F.* (1972): Treatment of the Borderline Adolescent: A Developmental Approach (New York: Wiley)
- Miller, F.; Bashkin, E. A.* (1974): Depersonalization and Self-Mutilation. In: *Psychoanal. Quart.* (43) 638-649
- Modell, A. H.* (1963): Primitive Object-Relationship and the Predisposition to Schizophrenia. In: *Int. J. Psychoanal.* (44) 282-292
- Orgel, S.* (1974): Fusion with the Victim and Suicide. In: *Int. J. Psychoanal.* (55) 531-538
- Richardson, P.* (o. J.): Personal Communication, cit. in: *Simpson, M. A.*, Self-Mutilation and Suicide a.a.O.
- Simpson, M. A.* (1975): The Phenomenology of Self-Mutilation in a General Hospital Setting. In: *Can. Psychiat. Ass. J.* (20) 424-434
- (1976 a): Self-Mutilation and Suicide. In: *Shneiderman, E. S.*, Ed.: *Suicidology: Contemporary Developments* (New York: Grune & Stratton)
- (1976 b): Blood as a Transitional Object (in Preparation)
- Waldenberg, S. S. A.* (1972): Wrist-Cutting - A Psychiatric Injury (London Univ.: Ph. D. Dissertation)
- Wisbnie, H. A.* (1975): In-Patient Therapy with Borderline Patients. In: *Mack, J. E.*, Ed.: *Borderline States in Psychiatry* (New York: Grune & Stratton)

Author's Address:
 Michael A. Simpson, M. D.
 The Royal Free Hospital
 Pond Street/Hampstead
 London NW 3 2QG
 Great Britain

Buchbesprechungen/Book Reviews

Hermann Glaser

Sigmund Freuds Zwanzigstes Jahrhundert

Hanser, München, 1976, 511 Seiten, DM 39,80

Hermann Glaser entwirft in seinem neuen Buch ein Bild der Epoche *Sigmund Freuds*, ausgehend von der Erkenntnis, daß jeder Mensch eine kleine Gesellschaft (*Novalis*) und jede Gesellschaft ein umfangreicher Mensch (*Freud*) ist. Sein biographisches Interesse ist, die historischen Erscheinungen vom Biedermeier bis zum Faschismus zu erinnern, eine „Zeitbiographie“ *Freuds* zu entwerfen, wobei er „Biographie“ vorwiegend in einem das Persönliche transzendierenden Sinne verstanden haben will – ausgerichtet auf den die Persönlichkeit „durchscheinenden Zeitgeist“, und damit den Weg zu einer Zukunft zu weisen. Er verfolgt die Methode der „assoziativen Hermeneutik“, nämlich das „menschliche Selbstsein und das Zeitsein dieses Jahrhunderts dadurch zu deuten, daß sie wechselseitig die Zufälle der Zeit (ihre geistigen und kulturellen Manifestationen) und die Einfälle der *Freudschen* gesellschaftskritischen Traktate zur gegenseitigen Evokation“ bringt. Er nimmt die Psychoanalyse zu Hilfe, um dem Leser bewußt werden zu lassen, „was uns – als Zoon politikon – unbewußt zum Straucheln bringt“. Er versucht also, die Begriffe und Methoden der Psychoanalyse auf die Soziologie zu übertragen.

Glasers methodologisches Vorgehen besteht in „assoziativer“ Aneinanderreihung verschiedenster Zeitdokumente jener Epoche: Mit kühnen Strichen sucht er Vergangenes nachzuzeichnen und zu beleben anhand von „Seelenbildern“ wie er sie nennt, Zitate so gegensätzlicher Autoren wie *Hauptmann* und *Heine*, *Marx* und *Gehlen*, *Freud* und *Richter*.

Die Fülle der *Glaserschen* „Assoziationen“, an sich kein Nachteil (allein der bibliographisch anmerkende Teil umfaßt einhundert Seiten), macht es jedoch dem Leser durch ihre Sprunghaftigkeit und Gegensätzlichkeit schwer, den Hauptgedanken zu verfolgen. Gemessen an seinem Anspruch liegt hier ein wesentliches Versäumnis *Glasers*: er vergißt bei seiner Übertragung *Freudscher* Kategorien auf die Soziologie, daß Assoziationen alleine noch keinen Erkenntniswert besitzen: ein Verständnis um die Vorgänge im Menschen (bzw. in der Gesellschaft) bedarf der Interpretationen des Psychoanalytikers (Soziologen). Es gelingt *Glaser* nicht, Verbindungen zwischen diesen Assoziationen zu ziehen und so zu einem Verständnis zu gelangen, seine Standpunktlosigkeit läßt so den Leser bald im Zitatenmeer versinken.

Das Ergebnis dieser Vorgehensweise, der Übertragung psychoanalytischer Begriffe und Denkmodelle auf die Soziologie, ist eine sogenannte

„psychoanalytische Soziologie“, deren Begründung *Glaser* einen langen Abschnitt widmet, in dem er – in seiner Argumentation vollständig dem triebtheoretischen Konzept verhaftet – den Bogen spannt von der Psychoanalyse über die politische Psychologie zur „psychoanalytischen Soziologie“.

In dem Versuch, soziologische Phänomene, wie beispielsweise die Entstehung der Weltkriege, plausibel zu machen, wird klar, welche verhängnisvolle Bedeutung die Annahme eines angeborenen Zerstörungstriebes in der triebtheoretisch verhafteten Psychoanalyse hat: So versucht *Glaser* (und der Versuch kann nicht gelingen), die Entstehung der Weltkriege verständlich zu machen als eine Folge von Trieb- und Aggressionsstau, von Scheinsublimierung usw., er verliert dabei die realen Bedingungen aus den Augen: Reichsgründung, Imperialismus und der sich explosiv ausbreitende Kapitalismus mit der Entfremdung, Arbeitslosigkeit, Entwurzelung ganzer Volksgruppen, Auflösung der Monarchie wie der Großfamilie usw.

Seine Erklärungen bleiben idealistisch, wie es nicht anders von einer unreflektierten Vermengung von Aspekten der Psychoanalyse und der Soziologie erwartet werden kann: Der großen Sexualnot der Jugend mit der destruktiven Triebdynamik bleibe, da scheinsublimiert, nur der Sturz in die Barbarei des Ersten Weltkrieges. Aggressionsstau breche in das Biedermeierglück; das sei das Ende aller Sicherheit, Thanatos überwinde Eros, die kollektive Neurose sei zum kollektiven Wahn geworden. Zur Weimarer Demokratie bietet er dem Leser die alte idealistische Schulbuchweisheit: Das Individuum sei in Gefahr, der „Mangel an Demokraten“ töte die Demokratie. Zum triebdynamischen Ausbruch formiere sich im Faschismus die deutsche Nation und beende damit das „Unbehagen in der Kultur“, das hervorgebracht sei durch den Menschen, der seine Triebe bändigen und überwinden müsse und damit gegen seine eigene Natur lebe.

Die Argumentation ist wenig überzeugend und bleibt trotz zahlreicher angeführter „Seelenbilder“ oberflächlich. *Glaser*s auf die triebtheoretisch orientierte Psychoanalyse beschränkter Ansatz greift ebenso zu kurz wie sein sozialkritischer Ansatz. Die neuere Entwicklung der Psychoanalyse und ihrer Anwendungsbereiche bleibt unberücksichtigt, obwohl sie doch in der Abkehr vom triebdynamischen Aspekt und in der Gruppenforschung eine ganz andere, auch soziologisch bedeutsame Dimension gewonnen hat. Der gesellschaftsbezogene Aspekt wird nicht konsequent durchgeführt, weil er auf der Beschreibung individualpsychologischer Phänomene fußt.

So überläßt es *Glaser* sich selbst, (längst bekannte) Forderungen zu formulieren wie z. B. die entscheidende Bedeutung der sozialen Realität auch außerhalb der Familie anzuerkennen, die Notwendigkeit der Ausweitung der Analyse auf andere Gruppen- und Kollektivbeziehungen zu

akzeptieren usw. bis hin zur Forderung nach einem „Programm einer Friedensforschung im Bereich des Übergangs individualpsychologischer in kollektivpsychologische Phänomene“, worin er die Rettung der Zukunft sieht. Insgesamt ist es nicht verwunderlich, daß die methodologisch höchst fragwürdige Vorgehensweise *Glasers* ebensolche Ergebnisse hervorbringt.

Geradezu ärgerlich ist das von *Glaser* gezeichnete Bild *Freuds*: Dieser zeige „die der bürgerlichen Prüderie eigene, sich zierende Betulichkeit, wenn es darum geht, über seine eigene Person Aufschluß zu geben und Klarheit zu bekommen“. Hat *Glaser* die Traumdeutung nicht zur Kenntnis genommen oder verlangt er tatsächlich von *Freud* das öffentliche Darlegen seiner sämtlichen Gefühle? Auch wird er *Freud* nicht gerecht, wenn er dessen Leben beschreibt als „unberührt von dem, was seine Zeit und Gesellschaft ins Unglück stürzte“, als ein Leben des „Biedermeierglücks“ mit einer Sehnsucht nach Wohnzimmergemütlichkeit und Geborgenheit.

Insgesamt bleibt *Freud* jedoch mehr im Hintergrund als der Titel des Buches vermuten ließe, es bietet nichts Neues über die Person *Freuds* in seiner Zeit, zumal *Glaser* hier fast ausschließlich aus der *Jones*-Biographie geschöpft hat, die ja auch in mancher Hinsicht kritisch zu bewerten ist.

Zur Verwirrung des Lesers trägt die häufig auftretende Frage bei, was denn nun die Meinung *Glasers* und was die seiner „Zeugen“ ist, ebenso ist das ermüdende Suchen nach den Quellen im Anmerkungsteil verwirrend.

Hermann Glaser beweist in seinem neuen Buch eine breite Literaturkenntnis, ebenso jedoch ohne die Fülle des Materials zu integrieren und die „Seelenbilder“ miteinander zu einem Seelenbild der Epoche *Freuds* zu verbinden.

Dietrich Hullmeine (Berlin)

Max Schur

Sigmund Freud – Leben und Sterben

Suhrkamp, Frankfurt a. M., 1973, 695 Seiten, DM 54,-

Diese biographische Studie über das Leben und Sterben *Sigmund Freuds* ist von dem Wiener Internisten und Psychoanalytiker *Max Schur* geschrieben, der von 1928–1939 sein „Leibarzt“ war. Sie umgreift die bisherigen *Freud*-Biographien und erweitert sie um eine wesentliche Dimension, indem der Autor Leben und Werk *S. Freuds* unter dem Aspekt des Todes und unter Einbeziehung der Krankengeschichte, die wie bei jedem Menschen von der Kindheit bis zum Tode reicht, darstellt.

Die drei Teile des Buches entsprechen den drei Phasen in der Entwicklung von *Freuds* Einstellung zu den obengenannten Problemen und der Art und Weise, in der er diese Einstellung auf sein Leben und sein Werk bezog. Um diese Bezogenheit darstellen zu können, bedient sich *Schur* einer chronologischen Darstellung. *Schur* entdeckt bei der Erforschung von *Freuds* Herkunft wertvolle Einzelheiten, schildert seine Kindheit unter dem Aspekt der Verlassenheit und Unsicherheit. Zentral für *Freuds* Kindheit sei es gewesen, daß alle weiblichen Familienmitglieder im Wolllager des Vaters mitarbeiteten und die sieben Geschwister Kindermädchen überlassen wurden. *Freuds* jüdische Herkunft hat unter anderem durch die Beziehung zur talmudischen Zahlenmystik eine besondere Bedeutung, da bestimmte Zahlen und Daten, die von Anfang an in *Freuds* Leben mit dem Gegensatz Leben – Tod verknüpft waren, bedeutsam wurden.

Der Autor beschreibt den persönlichen Werdegang *Freuds*, sein Studium, mit dem Wunsch Neuropathologe zu werden, und seine Heirat. Er widmet sich dann der Entstehung der Anfänge der Psychoanalyse als Wissenschaft, die er aus dem Zusammentreffen von *Freuds* Interesse am Unbewußten und den persönlichen Bindungen und Erfahrungen mit *Charcot* und *Breuer* und ihrem gemeinsamen Forschen auf dem Gebiet der Hysterie und Hypnose versteht.

Diese Mischung aus persönlicher Beziehung und gemeinsamem Interesse wird in seiner Freundschaft zu *Wilhelm Fließ* dargestellt, wobei aus dem ausführlich dargelegten Briefwechsel hervorgeht, daß *Fließ* für *Freud* als eine teilnehmende Übertragungsfigur die Selbstanalyse *Freuds* ermöglichte. Im Rahmen der Auseinandersetzung tauchen neben *Freuds* neurotischen Störungen deutlich Anzeichen psychosomatischer Beschwerden und die Angst zu sterben auf. Das Problem des Todes und seine Bewältigung trat nach *Schurs* Meinung nach dem Tod von *Freuds* Vater in den Mittelpunkt des Erlebens von *Freud*. Einem symbolischen Kampf entsprechend wechselten Herzattacken, die mit Depressionen und Visionen von Tod und Abschiednehmen begleitet waren, mit Phasen übermäßigen Nikotingenusses, die gekoppelt waren mit wissenschaftlicher Kreativität. Die Herzattacken waren verbunden mit der Angst vor dem Verlust dieser Kreativität und der Identität. Dieser Kampf endete bei *Freud* niemals in einer Erstarrung, da es ihm aufgrund seiner Dynamik möglich war, Leben und Werk immer wieder in Frage zu stellen und neu abzugrenzen. So trennte er sich zum Beispiel von *Wilhelm Fließ*, weil dieser zu starr an seiner Zahlenmystik der Periodizität haften blieb, und wandte sich im nächsten Jahrzehnt mit den bahnbrechenden Arbeiten „Die Traumdeutung“ und den „Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie“ der Dynamik des Unbewußten auf der einen und der Triebtheorie auf der anderen Seite zu. In dieser Zeit größter Kreativität bewältigte *Freud* seine Identitätsverunsicherungen, die sich in einer Reihe psychosomati-

scher Beschwerden geäußert hatten. Eine wesentliche Hilfe dabei war seine Selbstanalyse. Nach der Fertigstellung des Werkes „Die Traumdeutung“ war er vollkommen frei von psychosomatischen Beschwerden. Seine neue Identität ermöglichte die Trennung von *Fließ* und erstmals eine Abgrenzung der Psychoanalyse als einer allgemeinen Psychologie, die in der Phasenlehre in den „Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie“ ihren Ausdruck fand. Mit diesen Schriften trat Freud aus seiner Isolierung heraus und gewann weltweite Aufmerksamkeit sowie Schüler und Freunde wie *Abraham*, *Ferenczi* und *Jung*. Zwei Ohnmachten *Freuds* im Beisein von *C. G. Jung*, zu dem er eine homoerotische Beziehung hatte, sieht *Schur* für das Thema Leben und Tod als bedeutsam an. Solche Ohnmachten in *Freuds* Leben versteht der Autor als Angst vor einer Auseinandersetzung und dem Wunsch, sich dieser durch die Flucht in den Tod, in den Schoß der Mutter Erde zu entziehen. Auch das in der Traumdeutung angeklungene Thema des Ödipuskomplexes, das in der Arbeit „Das Motiv der Kästchenwahl“ wieder aufgegriffen wird, sieht *Schur* im direkten Zusammenhang mit dem persönlichen Erleben *Freuds* und vermutet dahinter eine Identifikation *Freuds* mit dem zum Tode erkrankten *Binswanger* und *Jungs* Eifersucht auf den Besuch *Freuds* bei ihm. *Freuds* wissenschaftliches Werk erreichte seinen Höhepunkt in den metapsychologischen Schriften, in denen er die Todestriebtheorie erstmals konzipiert. Ihr Entstehen sieht *Schur* einmal determiniert durch den Tod eines mit *Freud* eng verbundenen, am Krebs erkrankten Patienten, durch den Tod seiner Tochter *Sophie* und durch die Erschütterungen des 1. Weltkrieges. Unklar bleibt dabei, ob ein direkter Zusammenhang mit *Freuds* eigener Krebserkrankung besteht, die drei Jahre später eindeutig diagnostiziert wurde, eine Bestätigung einer seit sieben Jahren gehegten Vermutung. In der Art der Schilderung drängt sich dieser Zusammenhang auf, aber *Schur* vermeidet, ihn offen auszusprechen.

In den folgenden 16 Jahren dieser Erkrankung mit 30 Operationen war *Schur* als *Freuds* Leibarzt häufig bei ihm und beschreibt in seiner tiefen persönlichen Beziehung in starker Erschütterung *Freuds* Krankheit zum Tode und seinen langsamen psychischen Zerfall in völliger Isolierung. Die enge menschliche Bindung an *Freud* wird auch dadurch deutlich, daß *Schur* mit seiner Familie und der Familie *Freud* vor den Nationalsozialisten von Wien nach London flieht. Der Nationalsozialismus, sowie die Wirtschaftskrise mit der Bedrohung der finanziellen Sicherheit und sein Leiden, das seine Reserven erschöpfte, bewirkten insgesamt den pessimistischen Unterton in „Das Unbehagen in der Kultur“. Das aktuelle Weltgeschehen, nämlich die Vertreibung der Juden und das eigene Kindheitserleben *Freuds* als das von beiden Eltern geliebte Kind beneidet zu werden, sowie der Wettlauf mit der Zeit aufgrund des Alters und der Krebserkrankung bildeten die Grundmotive für das Werk „Der Mann Moses und die monotheistische Religion“.

doxen Analytikern aus dem engen neurosenpsychologischen Verständnis heraus häufig als ungeeignet abgewiesen würden. Bei den psychosexuellen Entwicklungen betonte er besonders die Rolle des Narzißmus und der Ich-Störungen, wobei ihm allerdings das später entwickelte Ich-Konzept noch nicht zur Verfügung stand.

Abraham beschrieb den engen Zusammenhang zwischen Zwangsneurose und manisch-depressivem Irresein und erkannte die Zwangsneurose als Bollwerk gegen die Psychose, also selbst als Abwehrformation. Er untersuchte sehr genau den Unterschied und die Ähnlichkeit zwischen neurotischen und psychotischen Phänomenen (z. B. der verschiedenen Art der Depression) und kommt so an die Idee eines „gleitenden Spektrums“ (*Ammon*) heran, wogegen viele Psychiater und auch Psychoanalytiker bis heute scharfe und im Hinblick auf die Behandelbarkeit ungerechtfertigte Unterscheidungen treffen. Aus diesem Verständnis heraus war es ihm selbstverständlich, sowohl Psychosen als auch Süchte, Perversionen und Charakterstörungen zu behandeln. Aus seinen reichen klinischen Erfahrungen gewann er einen therapeutischen Optimismus, der heute trotz 50jähriger Forschung nach seinem Tode in der klassischen Psychoanalyse nicht zu finden ist.

Abrahams Interesse galt auch sprachwissenschaftlichen, völkerkundlichen und kulturhistorischen Studien, so schrieb er z. B. einen Aufsatz über „Amenhotep IV (Echnaton)“. Das wird von *Hilda Abraham* in Verbindung mit seinem eigenen Verhältnis zu seinen Eltern gebracht, ohne die analytische Leistung der Studie damit anzutasten; im Gegenteil macht diese persönliche Betrachtungsweise den Leser neugierig auf die Schriften von *Abraham* selbst.

Neben *Jones* war *Abraham* einer der zuverlässigsten Anhänger und Berater *Freuds* und bewies in der Einschätzung anderer Schüler, z. B. von *Jung*, *Adler*, *Stekel* und später *Rank* und *Ferenczi* einen erstaunlichen Weitblick. Eindrucksvoll wird beschrieben, wie er sich sein Urteil über diese allmählich bildete und lange zwischen den Anhängern *Freuds* und *Freud* selbst auszugleichen suchte; andererseits führte er aufgrund der genauen Kenntnis von *Jung* den endgültigen Bruch mit diesem herbei, indem er ihm das Recht absprach, seine Arbeiten als psychoanalytisch zu bezeichnen. Sehr entschieden und mutig trat er gegen die Gegner der Psychoanalyse an.

Während die liebevollen Schilderungen und die theoretischen Aufsätze aus dem Werk von *Abraham* sehr gewinnbringend zu lesen sind, wird das Vorwort von *Gerhard Maetze* der Bedeutung von *Karl Abraham* nicht gerecht. Statt sich über die mangelnde Würdigung *Karl Abrahams* und über die Vertreibung der Psychoanalyse in der NS-Zeit zu beklagen und einiges über das Entstehen der Biographie mitzuteilen, hätte eine inhaltliche Darstellung der Gedanken und Initiativen *Karl Abrahams* dieser mangelnden Würdigung besser abgeholfen.

Um den Interessen *Karl Abrahams* gerecht zu werden, reicht es nicht, ihn und *Freud* zu zitieren und für die Anbringung von Gedenktafeln zu sorgen, sondern dazu gehört vor allem die Aufnahme und kritische Weiterentwicklung seiner Forschungen und therapeutischen Ansätze; genau so hielt es auch *Abraham* mit *Freuds* Werk, was er deutlich erweiterte.

Trotz dieses unzureichenden Vorworts und trotz der Unvollständigkeit der Biographie ist das mit Bibliographie und Namensregister sorgfältig edierte, sehr persönliche Buch jedem an der Entwicklung und Weiterentwicklung der Psychoanalyse Interessierten sehr zu empfehlen.

Friedhelm Hermanns (Düsseldorf)

Helene Deutsch
Selbstkonfrontation

Kindler, München, 1975, 200 Seiten, DM 29,80

„Selbstkonfrontation“ nennt die fast neunzigjährige *Helene Deutsch* ihre kürzlich veröffentlichte Autobiographie. Die Bedeutung dieses Buches ergibt sich aus der Verflechtung ihrer Lebensgeschichte mit der Entwicklung der psychoanalytischen Bewegung. Die Identitätssuche dieser bedeutenden Frau wird darin mit den daraus resultierenden Konflikten im historisch-soziologischen Kontext aufgezeigt. Es vermittelt einen Einblick in ihre vielfältige wissenschaftliche Arbeit und in ihre Bedeutung für die Entwicklung der psychoanalytischen Bewegung. Dieses Werk soll als Ergänzung ihrer früheren Biographie, die in dem Buch „Die Psychologie der Frau“ enthalten ist, verstanden werden. Für die Autorin persönlich ist es ein weiteres Anliegen, mit diesem Rückblick ihre „verarmte Existenz mit der Vergangenheit (zu) erfüllen“ und etwas gegen ihre Einsamkeit zu tun. Einsam ist für sie, „wer niemanden hat, für den er das Wichtigste auf der Welt ist“.

Die Schwermut, die sich in dieser Definition spiegelt, klingt vor allem dort durch, wo sie ihre Kindheit schildert und wo sie vom Abschiednehmen schreibt. Wenn sie jedoch über ihre Arbeit berichtet, z. B. die Zusammenarbeit mit *Freud*, ihren Einsatz beim Aufbau des Wiener Ausbildungsinstituts, wird ihr Ton lebhaft engagiert.

Schon der Aufbau des Buches gibt einen Hinweis auf ihre Familiendynamik und die konfliktreiche Identifikation mit dem Vater und später mit *Freud*. Obwohl sie sich als geistige Erbin ihres Vaters, eines angesehenen polnisch-jüdischen Anwalts sah, konnte auch er ihre Emanzipationsbestrebungen nicht verstehen. Entgegen den Vorstellungen der Eltern erkämpfte sie sich ihr Abitur und das Medizinstudium in Wien zur Erreichung einer eigenen Identität.

Wie sie in ihrer Kindheit „bei der Befreiung von der Tyrannei ihrer Mutter“ Hilfe durch den Vater hatte, so erhielt sie auch bei zwei weiteren „entscheidenden Wendepunkten ihres Lebens“ männliche Hilfe: durch *Hermann Liebermann* bei der Begegnung mit dem Sozialismus und durch *Sigmund Freud* bei der „Sprengrung der Ketten des Unbewußten durch die Psychoanalyse“. *Freud* hat sie noch ausdrücklich bestärkt in ihrer Identifizierung mit dem Vater. Es hat allgemein den Anschein, als habe es während ihrer Entwicklung für sie keine positive weibliche Identifikationsmöglichkeit mit Einbeziehung ihrer beruflichen Interessen gegeben. Erst mit *Anna Freud* und anderen bedeutenden Frauen der psychoanalytischen Bewegung konnte sie sich später schwesterlich verbünden.

Schon als Kind durch den Beruf des Vaters an sozialen Problemen interessiert, ließ sie sich während ihres Studiums von der sozialistischen Arbeiterbewegung begeistern und engagierte sich für deren Ziele.

Ihren Identitätskonflikt sieht sie vor allem im Konflikt zwischen Berufstätigkeit und Mutterschaft. Obwohl sie sich entschieden für die Emanzipation der Frau einsetzte, ist sie sich „gleichzeitig der traurigen Tatsache bewußt, daß die Frau zwar heute anders als damals ist, daß sie aber im Grunde immer dieselbe bleiben wird, nämlich Dienerin ihrer biologischen Bestimmung, der sie ihre anderen Ziele unterordnen muß“. Ihre Ambivalenz drückt sich darin aus, daß sie selbst ihre Mutterrolle an eine Kinderfrau für ihren Sohn *Martin* delegierte – auch in ihrer Analyse bei *Freud* konnte sie diesen Konflikten ausweichen, da diese „didaktischer Art“ war; an anderer Stelle äußerte sie sich jedoch empört darüber, daß Frauen, die die psychoanalytische Ausbildung anstreben, „ihre Schwangerschaften an den Zeitplan ihrer psychoanalytischen Ausbildung anpassen“.

Wesentliche Hilfe in diesem Konflikt erfuhr sie durch ihren Mann, *Felix Deutsch*. Mit diesem anerkannten Wissenschaftler in psychosomatischer Forschung verband sie eine tiefe und intensive Beziehung, die dennoch Raum ließ für die gegenseitige Anerkennung unterschiedlicher beruflicher Entwicklung. Während ihrer Arbeit als Assistenzärztin an der psychiatrischen Klinik in Wien unter der Leitung von *Wagner-Jauregg* lernte sie 1918 *Freud* persönlich kennen und bewarb sich um eine Lehranalyse bei ihm. Seine Schriften hatte sie von Anbeginn mit großem Interesse verfolgt. Bereits nach einjähriger Analyse mußte sie allerdings ihren Platz dem „*Wolfsmann*“ überlassen. Mit den Worten: „Sie brauchen nichts mehr; Sie sind nicht neurotisch“ wurde sie von *Freud* entlassen. Obwohl er sie gleichzeitig zu seiner Assistentin ernannte, reagierte sie mit heftigen Depressionen.

Bei ihrer späteren Analyse bei *Karl Abraham* in Berlin traf sie *Melanie Klein*, deren spekulatives Denken sie jedoch ablehnte.

Eine der größten Aufgaben ihres Lebens war der Aufbau des Wiener Ausbildungsinstitutes 1925, nach dem Vorbild des Berliner Institutes. Sie wurde von *Freud* zu dessen Direktorin ernannt, *Siegfried Bernfeld* wurde stellvertretender Direktor, *Anna Freud* war Sekretärin des Instituts. Ihr besonderes Verdienst im Aufbau dieses Instituts ist die Erstellung eines Konzepts für die Struktur der psychoanalytischen Ausbildung. Auf dem X. Internationalen Psychoanalytischen Kongreß 1927 in Innsbruck wurde es in Zusammenarbeit mit *Sándor Rado* und *Hanns Sachs* vorgestellt, wobei sie speziell die Kontrollanalyse erarbeitet hatte.

Eine interessante „Bewegung innerhalb der Bewegung“, die wie ein kindlicher Abgrenzungsversuch gegen den Vater *Freud* anmutet, war die „Schwarze Katze“, in der sich die Ehepaare *Bibring*, *Kris*, *Hofer*, *Hartmann*, *Waelder* und *Deutsch* unter dem Vorwand, Karten zu spielen, trafen. Sie schreibt dazu: „Mit Spielkarten in der Hand saßen wir da und erörterten die tiefsten und letzten Probleme der Psychoanalyse“; sie betont aber, daß es sich dabei nicht um eine ideologische Abkehr von *Freud* gehandelt, sondern daß er wohl davon gewußt habe. Diese Gruppe traf sich wieder nach der Emigration in Amerika 1934, es waren allerdings manche der männlichen Mitglieder bereits gestorben.

Zu dieser politisch notwendig gewordenen Emigration entschloß sich die Autorin primär aus Sorge um den Sohn. Dieser Entschluß war mit heftigen Schuldgefühlen gegenüber *Freud* verbunden, zumal dessen Gesundheitszustand nach mehreren Kehlkopfoperationen bedrohlich war. Der Auftrag *Freuds*, die Psychoanalyse in Amerika zu vertreten, erleichterte ihr ein wenig die schmerzliche Trennung. In den USA traf sie außer emigrierten europäischen Wissenschaftlern u. a. auch auf *Erikson*, der sich von einem früheren Seminar in Wien her als ihr Schüler betrachtete.

In Amerika konnte sie sich mit ihrem Mann auch den lange gehegten Wunsch nach einem eigenen Haus erfüllen. Sie fanden schließlich „ein Tirol ohne Nazis“, verwandelten sich während der Kriegszeit in Farmer und bildeten einen Zufluchtsort für alle emigrierten und befreundeten Psychoanalytiker. Mit liebevollen und humoristischen Worten beschreibt *Helene Deutsch*, daß bei ihnen ästhetische Kriterien stärker wogen als ökonomische, daß so z. B. die Kühe nach der Schönheit ihrer Augen ausgewählt wurden.

Bei der Lektüre fanden wir ein sehr engagiert und lebendig geschriebenes Werk, bei dem die historische Entwicklung der Autorin und der Aufbau der psychoanalytischen Bewegung atmosphärisch sehr dicht eingefangen wurde. Die intensive menschliche Beziehung von *Helene Deutsch* zu *Freud*, dem sie zeitlebens freundschaftlich und in ihrem theoretischen Denken verbunden blieb, wird deutlich sichtbar. Ihre eigene wissenschaftliche Bedeutung als eine der ersten Psychoanalytikerinnen findet ihren Niederschlag in einem reichhaltigen wissenschaftlichen Werk.

Sie befaßte sich mit den Problemen der Frau, motiviert durch den Wunsch nach Selbsterkenntnis und der Aufarbeitung dieser bisher vernachlässigten Problematik. In weiteren Forschungen beschäftigte sie sich mit Problemen der Adoleszenz.

Nicht zuletzt sei an ihre für die Erforschung des Borderline-Syndroms bahnbrechende Entdeckung und psychodynamische Beschreibung der Als-ob-Person erinnert.

Elisabeth Horn (München)

Paul Roazen

Brudertier (Sigmund Freud und Viktor Tausk: die Geschichte eines tragischen Konflikts)

Hoffmann und Campe, Hamburg, 1973, 227 Seiten, DM 26,-

Ursprünglich hatte der Autor *Paul Roazen* das Anliegen, die mündlichen Überlieferungen über *Freud* und die frühe psychoanalytische Bewegung zusammenzustellen. Bei seinen über 100 Interviews mit den noch Lebenden aus der Gruppe um *Freud*, stieß er auf das Problem *Tausk*. „Niemand wird Ihnen etwas über *Tausk* erzählen!“ hieß es am Anfang seiner Gespräche. Das Geheimnis um diesen vielseitig begabten Analytiker und Schüler *Freuds*, der grundlegende Konzeptionen zur Ich-Psychologie und Psychosenforschung beigetragen hat (der Begriff der Ich-Grenzen und der Identität wurden von ihm in die Psychoanalyse eingeführt) und dennoch fast in Vergessenheit geriet, erweckte *Roazens* detektivisches Interesse.

Das Buch beginnt mit einem kurzen Abriß der Lebensgeschichte *Tausks*, seiner Beziehung zu seiner altruistischen, Schuldgefühle erzeugenden Mutter und zu seinem autoritären, die Familie im Stich lassenden Vater. *Tausks* Ehe scheiterte, weil er Frauen, die sich an ihn anlehnten, nicht ertragen konnte. Sein Beruf als Jurist verschaffte ihm keine Befriedigung. Die Aufnahme durch *Freud* in die psychoanalytische Bewegung war für *Tausk* ein rettender Strohalm nach einer schwer depressiven Zeit.

Diesem „Kampf der menschlichen Kreatur“ stellt *Roazen* im Kapitel „Zeus“ die fest strukturierte Lebensweise *Freuds* gegenüber. Seine patriarchalische Familienstruktur setzte sich in der Gruppe der ihn bewundernden Schüler fort. *Roazen* versucht aus der Dynamik dieser beiden Menschen *Freud* und *Tausk* ihren „tragischen Konflikt“, die Konsequenzen für *Tausk*, seine wissenschaftliche Arbeit sowie für die gesamte psychoanalytische Bewegung zu entwickeln. *Tausk*, auf der ständigen Flucht und in der Angst, von symbiotischen Müttern verfolgt zu werden, klammerte sich an *Freud*, der für ihn „Inbegriff schöpferischen Lebens“ war.

Der anfangs von ihm auch finanziell geförderte und geschätzte Schüler sah sich in seinen eigenen wachsenden symbiotischen Bedürfnissen immer mehr abgelehnt. Gleichzeitig bestand eine sehr starke Rivalität gegenüber *Freud*, die sich besonders in der Liebesbeziehung zu *Lou Andreas-Salomé* ausdrückte, in die nach *Roazen Freud* ebenso, aber in „sublimierter Weise“ verliebt gewesen sei.

Roazen bemerkt, daß sich *Freud* mit zunehmendem Alter menschlichen Kontakten immer mehr verschlossen habe. Symbiotischen Bedürfnissen sei er ausgewichen, weil er das Mütterliche in sich nicht annehmen konnte. *Freud* reagierte auf das wachsende Sichanklammern *Tausks* mit Abwehr. Seine wissenschaftliche Arbeit empfand er als Bedrohung, besonders weil *Freud* befürchtete, *Tausk* würde seine eigenen Gedanken schneller als er selbst weiterentwickeln. *Tausks* aggressiv temperamentvolles Vorwärtsdrängen zwang *Freud* zu verfrühten Auseinandersetzungen, von denen er sich auch im Hinblick auf seine Feinde ängstlich abgrenzen mußte.

Auch seine Identität in der Gruppe seiner Schüler sah er dadurch gefährdet. Anderen Mitgliedern der Wiener Gruppe blieb, wenn sie über *Freud* hinausgehende Konzepte entwickelten, nur die Möglichkeit, diese zu unterdrücken oder sich von ihm zu trennen. Letztere sah *Freud* als Verräter und beschimpfte sie böse (siehe *Adler* und *Jung*). *Federn* z. B. konnte seine neuen Ich-psychologischen Konzepte nur unter Verwendung des Triebmodells darstellen. Erst lange nach *Freuds* Tod gewannen sie Klarheit. Sich von *Freud* zu trennen hätte für viele seiner Schüler den psychischen Tod bedeutet, denn die Psychoanalyse war zu dieser Zeit mit dem Namen *Freuds* gleichzusetzen.

Der Konflikt mit *Freud* spitzte sich zu, als *Tausk* aus dem Krieg zurückgekehrt, sich in einer existentiellen Notlage befand und *Freud* bat, ihn in Analyse zu nehmen. *Freud* lehnte ab. *Tausk* war für ihn „ein Hund an der Leine“. An dieser Stelle ist anzumerken, daß *Roazens* Darstellung manchmal einen etwas anklagenden Ton gegenüber *Freud* enthält. Auf der anderen Seite stellt *Roazen* aber heraus, daß *Freud* eben aufgrund seines eigenen Konfliktes und auch seiner eigenen Struktur nicht sehen konnte, daß es sich bei *Tausk* um eine schwer kranke, psychosenaher Persönlichkeit handelte. In *Freuds* Arbeiten finden sich zwar ebenfalls Ansätze zum psychoanalytischen Verständnis der Psychosen, er hielt diese aber aufgrund der angeblich fehlenden Übertragung für nicht behandelbar (siehe *Freud*, Ges. W., Bd. XIV, S. 68).

Sicher läßt sich *Freuds* Vorbehalt gegen *Tausks* Persönlichkeit, seine therapeutischen Bedürfnisse und gegen seine Arbeit auch aus seiner geringeren Affinität gegenüber mehr psychotischen Strukturen verstehen. Die Ablehnung, ihn in Analyse zu nehmen und die Überweisung an *Helene Deutsch* mußten für *Tausk* eine schwere Kränkung bedeuten. *Tausk* habe nun *Helene Deutsch* in seiner Analyse dazu benutzt, um einen Konflikt mit *Freud* auszutragen. Dadurch wurde deren Analyse bei

Im vierten Teil des Bandes, „Seelenspiegel des Kindes“, diskutiert *Graber* zuerst psychoanalytische Pädagogik und bringt dann Verläufe und Ausschnitte aus Kindertherapien. Dabei hat er eine Unterteilung in vier Abschnitte unternommen: „Umwandlung der Aggressivität“, „Angstbefreiung“, „Sexuelle Not und Aufklärung“, „Traumdeutung, Komplexlösung, Charakterwandlung“, um dem Leser auf den jeweils wesentlichen tiefenpsychologisch therapeutischen Vorgang in der Analyse aufmerksam zu machen.

In diesem Teil setzt sich *Graber* auch mit der Methodik und Technik der Kinderanalyse auseinander, geht sowohl auf *Anna Freud* wie auch auf *Melanie Klein* ein, und kommt zu dem Schluß, daß sich die Methodik nach der Grundeinstellung des zu behandelnden Kindes, sowie der Mitarbeit oder den Widerständen der Erzieher zu richten habe. Er schreibt: „Es gibt so viele augenfällige und verborgene Gründe, sich niemals einer bestimmten schematisch anzuwendenden Methode zu verschreiben, sondern das zu tun, was schließlich hilft und zum Ziele führt. Einmal wird uns mehr die Intuition Erhellung bringen, dann die Spieltechnik, dann wieder die Traumanalyse, das Zeichnen und Modellieren, das frei Assoziieren usw.“ Die große Vielfalt und den häufigeren Wechsel der Vorgehensart sieht *Graber* als einen wichtigen Unterschied der Kinderanalyse zur Erwachsenenanalyse. Im Anhang, der Beiträge zur psychoanalytischen Erziehung und Ansprachen *Grabers* enthält, findet sich auch die zeitlich erste Publikation des Autors „Reden können“. In ihr berichtet *Graber* über seine Erfahrung mit den schweigenden Kindern seiner Volksschulklasse, die trotz allen Reden-Lehrens, trotz Anregungen, vorhandenem Interesse und guten Willens und trotz angedrohten Strafen, unermöglicht waren zu reden. Erst die Frage, warum sie nicht reden können und das „Eingehen und Ernstnehmen ihrer Ängste setzte einen Prozess in Gang, der die stummen „Dummen“ reden machte und der ganzen Klasse eine Auseinandersetzung ermöglichte, an deren Ende jeder einen Platz in der Gemeinschaft und die Sicherheit erlangte, selbständig zu reden.

Gustav Hans Graber, ein Pionier der Kinderanalyse, gibt im ersten Band seiner gesammelten Werke nicht nur Einsicht in den reichen Schatz seiner klinischen Erfahrung mit Kindern und vermittelt dem Leser eine fundierte Sicht der kindlichen Psyche, sondern setzt sich auch konstruktiv mit der Theorienbildung *Freuds* auseinander. Während dieser sich hauptsächlich mit dem Ödipuskomplex beschäftigte, ging *Graber* auch auf weiter zurückliegende Bedürfnisse und Störungen ein, setzte sich mit der zentralen Rolle der Beziehung des Kindes zur Mutter auseinander und verstand von Anbeginn seiner Arbeit psychische Entwicklung als Etwas, das seine wesentlichen Anfänge bereits pränatal hat. Obwohl *Graber* in seiner ersten Veröffentlichung das Teilnehmen und Einbeziehen einer ganzen Klasse in den psychoanalytischen Prozeß beschrieb, hat er die

Gruppe in seine spätere Theorie und Praxis nicht miteinbezogen. Erst in den letzten Jahren, durch die Arbeiten *Ammons* angeregt, zieht er diesen Aspekt stärker in seine Forschung mit ein. Der von *Freud* begonnenen Tradition entspricht es, daß er Mythen und Märchen einen breiten Raum einräumt und ist wohl im besten Sinne kindgerecht.

Der therapeutische Erfolg *Grabers* liegt sicherlich darin, daß er mit dem Patienten als einem Menschen als ganzes arbeitet, dessen Bedürfnisse und Notwendigkeiten entsprechend ist sein Vorgehen, das er auf dem Hintergrund psychoanalytischen Verständnisses wählt.

Das Buch ist jedem Kinderpsychotherapeuten und psychoanalytisch arbeitendem Pädagogen neben den Werken von *Anna Freud* und *Melanie Klein* als ein grundlegendes Werk der Psychoanalyse des Kindes uneingeschränkt zu empfehlen.

Andreas von Wallenberg-Pachaly (München)

Nachrichten

VIII. Kongreß der Gesellschaft für ärztliche Psychotherapie der DDR

Im Deutschen Hygiene-Museum in Dresden fand vom 8.–10. 11. 1976 der VIII. Kongreß der Gesellschaft für ärztliche Psychotherapie der DDR in Verbindung mit der Deutschen Gesellschaft für Klinische Medizin der DDR unter der wissenschaftlichen Leitung von OMRDr. *Kurt Höck*, Direktor des Hauses der Gesundheit, Berlin, statt.

Etwa 700 Wissenschaftler und Mitarbeiter von Kliniken und entsprechenden Institutionen mit Referenten aus neun Ländern nahmen an diesem vorbildlich organisierten und von einem hohen wissenschaftlichen Niveau getragenen Kongreß teil. Wie man bereits den Kurzfassungen der einzelnen Beiträge entnehmen konnte, waren die vorgestellten Konzeptionen zur Theorie der Psychotherapie, der Psycho- und Testdiagnostik, zur Behandlungspraxis und zur Problematik der Ausbildung des therapeutischen Nachwuchses, in der Regel außerordentlich akribisch und mit reichem empirischen Belegmaterial versehen, ausgearbeitet worden. Generell war bei den Referenten das Bemühen zu spüren, sich mit den verschiedensten psychotherapeutischen Ansätzen in Theorie und Praxis auseinanderzusetzen und mit dem Stand eigener Forschungen zu vergleichen.

Verschiedene Aspekte dieses Kongresses waren besonders beeindruckend: insbesondere das therapeutische und wissenschaftliche Engagement des psychotherapeutischen Nachwuchses der DDR, zweifellos ein Verdienst von *Höck* und seinen Mitarbeitern am Haus der Gesundheit, von denen besonders Frau Dr. *H. Hess*, eine methodologisch und wissenschaftstheoretisch versierte Test-Psychologin und Psychotherapeutin, sowie Dr. med. *W. Kruska*, stellvertretender Abteilungsleiter der Psychotherapeutischen Abteilung des Hauses der Gesundheit zu nennen wären, aber auch vor allem die Gruppe der jüngeren psychotherapeutisch Vortragenden, die unter dem Leitthema „Gruppenpsychotherapie unter dem Aspekt der Effektivität“ (*S. Kratochvil, W. Blum, M. Venner, A. Kosewska, I. Tögel, H. Eichhorn, G. Holznagel, C. Nischan, G. Stern* und *W. Dehler*) und „Zu Fragen der psychodiagnostischen Situation in der Praxis“ (*E. Littmann, J. Ott, H.-J. Maaz, E. M. Bartel, M. Geyer, M. Westphal, E. Kunzendorff, A. und S. Eitner, K. Wutke, E. Peper, F. Korn, D. Seefeldt, M. Rosental*) referierten. Diese Veranstaltungen fanden in Form von Kurzreferaten statt und wurden in freundlicher und direkter Weise jeweils anschließend diskutiert, ähnlich wie bei den Symposia der DAP, wie auch die unter dem Thema „Psychodiagnostische Ergebnisse

der klinischen Praxis“ subsumierten Referate (*P. Franke, C. Drunkenmölle, M. Salz und D. Seefeldt, P. Knorre und H. Hess*).

Der Direktor der Nervenklinik der alten Berliner Charité an der Humboldt-Universität, Prof. *K. Seidel*, vertrat in seinem Vortrag eindrucksvoll die Verbindung von Psychiatrie und Psychotherapie, allerdings in Abgrenzung zu den nach seiner Ansicht organisch bedingten Schizophrenien. Er eröffnete, in Zusammenarbeit mit Prof. *H. Szewczyk*, dem Gerichtspsychiater der Charité, mit seinem Referat „Soziodynamische Aspekte in der Ätiopathogenese der Neurosen“ das wissenschaftliche Programm.

In der Gruppe „Psychosoziale Faktoren unter soziodynamischem Aspekt“ kam besonders der Vortrag von *W. und B. Kruska* der Berliner Schule am nächsten.

Mit ihren differenzierten Referaten beeindruckte die sowjetische Delegation vom Bechterev-Institut in Leningrad unter Führung von Prof. *M. M. Kabanov* („Psychologische Modelle der erwarteten Resultate der Therapie und deren Bedeutung für die Psychotherapie“), der *Günter Ammon* herzliche Grüße von Prof. *Philipp Bassin*, Moskau, von der Sowjetischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften, überbrachte, sowie *V. M. Wolowik* („Die Gruppenpsychotherapie der initialen Schizophrenien“) und Prof. *B. D. Karwasarskij* („Die Wechselbeziehung zwischen der individuellen und Gruppenpsychotherapie im System der Behandlung der Neurosen“).

Eine zentrale Rolle nahm der Professor für Philosophie der Karl-Marx-Universität Leipzig, *Achim Thom*, ein, der besonders bekannt geworden ist durch seine Beiträge auf dem Gebiet sozialpsychiatrischer Forschung und seiner philosophischen Betrachtung über die Rolle der Psychotherapie im sozialistischen Gesellschaftssystem, die er als ein humanistisches Anliegen erkennt, aber unter der Bedingung eines pädagogischen Ansatzes in Richtung eines sogenannten sozialistischen Menschenbildes. Die gleiche Position wurde auch von Prof. *Karwasarskij* vertreten, der den „kommunistischen Menschen als einen Freund und Helfer des Menschen“ bezeichnete, eine These, die von dem polnischen Wissenschaftler *Teutsch* scharf angegriffen wurde. Auch der Primas der polnischen Psychotherapie, Doz. Dr. *Leder* (Warschau) vertrat die These einer sozialistischen Pädagogik innerhalb der Psychotherapie und wies auf die Gefahren von Machtmißbrauch von Psychoanalyse und Gruppendynamik im sogenannten kapitalistischen System hin, was zu einer scharfen Kontroverse mit *Ammon* führte. Wenige Tage vor dem Kongreß hatte er in der „Zeitschrift für Philosophie der DDR“ eine umfangreiche, fundierte Rezension von *Ammons* Buch „Dynamische Psychiatrie“ veröffentlicht.

Bemerkenswert war, welche Bedeutung den therapeutischen Gemeinschaften mit Schwerpunkten auf der Arbeitstherapie gegeben wurde. Sie

find ihren Ausdruck in einem umfangreichen Vortrag von *M. Hausner* (CSSR): „Soziodynamische Aspekte der therapeutischen Gemeinschaft im Vergleich mit der Einzel- und Gruppentherapie“. In diesem Zusammenhang muß auch der Vortrag von *K. R. Böttcher* („Zur Diagnostik interpersoneller Beziehungen und sozialrelevanter Eigenschaften“) als ein Beitrag hervorgehoben werden, der die Bedeutung der aktuellen soziopsychischen Umstände von Patienten unter dem Aspekt der Pathogenese, die als Kriterien der diagnostischen Praxis entscheidend sind, und unter denjenigen der psychotherapeutischen Behandlungstechniken reflektiert hat. Böttcher hat sich vor allem um eine Modifikation des Gießen-Tests (Gießen-Test/Böttcher) im Hinblick auf das System der Arbeitsorganisation in der DDR verdient gemacht.

Neben dem Eröffnungsvortrag von *Seidel* und *Szewczyk* hatte *A. Thom* ein Grundlagenreferat („Zum Verhältnis von sozialen Bedingungen und persönlichkeits-spezifischen Reaktionen bei der Entstehung neurosenrelevanter Konfliktsituationen — philosophisch-methodologischer Ansätze“) gehalten; besonders hervorzuheben ist auch sein weiterer Beitrag, den er zusammen mit Frau *B. Franz* („Theorie und Praxis der Verhaltenstherapie aus der Sicht der marxistisch-leninistischen Philosophie“) gehalten hat, in dem er sich kritisch mit der Verhaltenstherapie, die im übrigen durch keinen Referenten vertreten war, auseinandersetzte. Insbesondere sahen die Autoren hier eine Problematik, da die Verhaltenstherapie bestimmte Seiten der Persönlichkeitsentwicklung und des Subjekt-Umweltverhältnisses vereinfache und verabsolutiere. Die therapeutische Effizienz für bestimmte Aufgaben und Zwecke der Verhaltenstherapie wurde unter Beachtung spezifischer Indikationen und als Momente eines Prozesses, der von Therapiezielen her komplex zu sehen ist, gewürdigt. Die Autoren kritisierten, daß das wissenschaftliche Problem vor allem darin bestehe, „die in verhaltenstherapeutischen Schulen selbstständigen methodischen Verfahren in ein komplexes System von Therapie zu integrieren, u. a. unter Beachtung von spezifischen Indikationen und als Momente eines Prozesses, der von den Therapiezielen her komplex zu sehen ist“.

Im Mittelpunkt des Kongresses standen vielmehr persönlichkeitsverändernde Psychotherapien, wobei die Rolle des Unbewußten, der frühkindlichen Pathogenese, der Bedeutung der Umwelteinflüsse und ganz besonders die allgemein angewandte Gruppenpsychotherapie im Mittelpunkt standen. Die Gruppenpsychotherapie gewinnt dabei zunehmend an Relevanz im Rahmen der psychotherapeutischen Ausbildung, dies vor allem in Form von Selbsterfahrungsseminaren, wie *K. Höck* und *H. Hess* in ihrem Referat („Untersuchungen zum Gruppenprozeß in Selbsterfahrungsgruppen“) beschrieben haben. Die Handhabung gruppenpsychotherapeutischer Methoden für Ausbildungszwecke hat nach diesen Autoren in der DDR ein eindeutig positives Ergebnis erbracht.

Eine gewisse Sonderstellung nahm Prof. G. Dörner mit seinem Beitrag („Zur hormonabhängigen Ontogenese der Regelung von Fortpflanzungs-, Stoffwechsel- und Informationsprozessen“) ein.

Als einzige Vertreter des nichtsozialistischen Auslandes nahmen Prof. H. Strozka, Wien („Psychogenese versus Soziogenese“) und Dr. Günter Ammon, West-Berlin („Ich-psychologische Entwicklungen im Medium der Gruppe – defizitäre und emanzipatorische Möglichkeiten“) teil. Über den besonderen Vortrag von Ammon hinaus war es ganz allgemein bemerkenswert festzustellen, wie stark die theoretische und therapeutische Arbeit von Ammon in der DDR und den anderen sozialistischen Ländern sich bereits im Prozeß der Rezeption und der Verarbeitung befindet. Auf einem Panel wurde eine wissenschaftliche Kontroverse zwischen S. Leder (Warschau) und G. Ammon (West-Berlin) um die Rolle des Lernprozesses innerhalb der Psychotherapie ausgetragen. Besondere Zustimmung fand die soziale Bedingtheit des Ammonschen Ich-Begriffs, seine Aufgabe der Triebtheorie, das Ich- und Gruppenmodell, sowie die Rolle der Arbeitstherapie innerhalb der von der DAP entwickelten milieuthérapeutischen Gemeinschaften. Erstaunlicherweise fand – auch mit Unterstützung von philosophischer Seite – Ammons Theorie eines gleitenden Spektrums archaischer Ich-Krankheiten besondere Zustimmung. Auf Interesse stießen im übrigen H. Troelenbergs „Beobachtungen zur Problematik der Borderline-Fälle“, deren Syndrome Ammon erst kürzlich auf dem VIII. Internationalen Symposium der DAP im methodischen Rahmen eines synthetischen Gesamtkonzepts vorgestellt hat. Für die Forscher aus der DDR bedeuten die sogenannten Borderline-Fälle Neurosen mit psychotischer Symptomatik, die in der Psychiatrie viel häufiger vorkommen, als es in den üblichen Diagnoseeinteilungen zum Ausdruck kommt. Zu Ammons Konzeption des Borderline-Syndroms als eines neuen Krankheitsbildes ergeben sich, hält man sich die Thesen Troelenbergs vor Augen, an drei wichtigen Punkten analoge Folgerungen. Die Therapie der Borderline-Erscheinungen muß in jedem Fall persönlichkeitszentriert sein, wobei Ammon hier freilich von Beziehungen zwischen Ich- und gruppenstruktureller Therapie ausgegangen ist. Dementsprechend müssen medikamentöse Dauereinstellungen nach Troelenberg auf lange Sicht den Zugang zu einer Behandlung der Gesamtpersönlichkeit des Patienten erschweren, obwohl sie passagere Erleichterungen für eine kombinierte „Übungsbehandlung“ in „Arbeitstherapie, Psychagogik, Sport- und Kulturtherapie“ bietet. Psychodiagnostische Zuordnung von Neurose und Psychose für Individualbestimmungen von Borderline-Fällen sind für Troelenberg erst nach Längsschnittbeobachtungen möglich, – eine Aufgabe, die Ammon seinerseits in der testpsychologischen Erstellung von Borderline-Persönlichkeitsprofilen in Angriff genommen hat.

Während des Kongresses fand auch eine ordentliche Mitgliederversammlung der Gesellschaft für ärztliche Psychotherapie der DDR statt, auf der nach sechsjähriger Amtsdauer des Präsidenten, *Kurt Höck*, Prof. *A. Katzenstein* (Zentralinstitut für Herz-Kreislauf-Regulationsforschung Berlin-Buch) seine Nachfolge antrat.

Im Ganzen gesehen bestand der wissenschaftliche Grundzug des Kongresses in dem Bestreben, die Valenz sozialer Faktoren in der Familie und in der Arbeitswelt für die Genese psychischer Erkrankungen, für die Persönlichkeitsbildung und ihrer Schäden wie für behandlungspraktische Methoden der Psychotherapie zu untersuchen. Immer wieder ist in den Beiträgen auch auf die wechselseitigen Bedingungen von organisch-somatischen und psychosozialen Faktoren hingewiesen worden. Biologische Strukturveränderungen, bzw. psycho-somatische Symptome sind Ausdruck von Lebenserfahrungen. Daher konnten die Referenten von den verschiedenen Seiten her methodisch eruierte Verschränkungen von Sozio- und Psychodynamik für Diagnose und Therapie allgemein psychopathologischer, wie psychosomatischer Symptome fruchtbar machen.

Das gesellschaftliche Rahmenprogramm sei erwähnt mit einem Konzert klassischer Musik in der Semper-Galerie am Zwinger, einem festlichen Empfang im „Café Prag“, der die Möglichkeit zur Vertiefung der auf wissenschaftlicher Ebene geknüpften Beziehungen bot, sowie Besichtigungen einer bemerkenswerten Chagall-Ausstellung und einem informellen Abschiedsabend.

USA-Vortragsreise von Günter Ammon

Günter Ammon war zu drei Veranstaltungen in den USA eingeladen:

1. zu einem Vortrag in der Jefferson University, wo er am 17. 11. 1976 im Auditorium des Psychiatric Department vor den Professoren und Staff Members zum Thema „The Borderline-Syndrome – A New Illness Description“ sprach. Prof. *C. B. Bahmson* führte *Ammon* ein, indem er auf die Bedeutsamkeit seines Konzeptes hinwies. Als nach seiner Meinung wichtigste Beiträge von *Ammons* Arbeit hob er aus der Fülle der Veröffentlichungen vier Schwerpunkte hervor: a. seine Arbeiten über Oralität und Identitätsdiffusion, b. seine Untersuchungen über die Ich-Regulation bei der Traumformation, c. seine Kreativitätsforschung unter Ich-strukturellen und Gruppengesichtspunkten und d. die Beiträge zur Psychosomatik von Tod und Sterben.

Im Rahmen eines außergewöhnlich interessierten, vorinformierten und freundlichen Professorenkreises stellte *Ammon* sein Borderline-Konzept entsprechend der in diesem Heft veröffentlichten Arbeit dar; anschließend fand eine außerordentlich intensive Diskussion statt, die im Wesentlichen zur Vertiefung und Erweiterung seiner Gedankengänge beitrug. Einen

Höhepunkt in der Diskussion bildete der Beitrag von Prof. *Piatowsky*, dem wohl z. Z. bedeutsamsten Rorschach-Forscher, der den gesellschaftsbezogenen Ansatz von *Ammons* Borderline-Konzept unterstrich und auch auf die für das gesellschaftliche Leben relevanten Abwehrmechanismen hinwies. Prof. *Field* begrüßte, daß durch *Ammons* Beitrag *Kohut* und *Kernberg* den Platz erhalten hätten, der ihnen im Rahmen der psychoanalytischen Theorie gebührt, nämlich den eines im Grunde nur geringfügig modifizierten Triebkonzeptes; generell stimmte er *Ammons* Exkurs zur Kritik von *Kohuts* und *Kernbergs* Positionen zu. Von den vielen Diskutanten ist besonders noch Prof. *Biele*, der Chef des Psychiatric Department, zu nennen, der sich vor allem für die gruppenpsychotherapeutischen Aspekte auch aus dem Blickfeld eigener Erfahrungen heraus interessierte.

Vorher hatte *Gisela Ammon* einen Vortrag im Child Psychiatric Department der Universität über Theorie und Praxis des von ihr geleiteten Psychoanalytischen Kindergartens in Berlin gehalten, der nunmehr auch ein Pendant am Münchener DAP-Institut unter Leitung von *Regine Pohl* erhalten hat. Zu diesem Vortrag war auch der Gesundheitsminister des Staates Pennsylvania, Dr. *Hanford*, gekommen, der die von *Gisela Ammon* gemachten Erfahrungen und Modellkonzeptionen in Pennsylvania anwenden will. *Gisela Ammon* hatte den Schwerpunkt ihrer Ausführungen auf die Prävention, die Elterngruppenarbeit und auf ihre Beobachtungen von beginnenden Störungen mit Borderline- und psychosomatischen Tendenzen gelegt. Auch wurde über die Kreativitätsentwicklung des Kindes in Verbindung mit der Sexualentwicklung innerhalb einer freundlichen Gruppe gesprochen. In der lebhaften Diskussion ist zudem auch die Frage des Eintrittsalters in den Kindergarten und die Nachfolgeentwicklung nach der Kindergartenzeit diskutiert worden, – Themenkreise, die auf großes Interesse stießen.

2. Am Abend waren *Gisela* und *Günter Ammon* Ehrengäste auf der Jahrestagung der American Association for Mental Health, an der auch Mrs. Carter teilnahm; hier bot sich ausreichend Gelegenheit, zahlreiche Kontakte neu zu schließen, u. a. auch mit Dr. *Brown*, dem Direktor innerhalb des Federal Government, der zuständig ist für alle National Mental Institutes und deren Forschungsprojekte.

3. Am Freitag, den 19. 11. 1976, hielt *Ammon* dann einen weiteren Vortrag im Fox Chace Cancer Research Center zum Thema „Current Status in Europe on Care of the Seriously Ill and Dying“, wobei er nicht nur eine Übersicht über den Stand der Tod- und Sterbeforschung in Europa gab, sondern auch im wesentlichen auf seine eigene Position zu diesem Thema einging. Er setzte in diesem Vortrag, der von dem Department of Psychiatry and Human Behavior am American Oncologic Hospital veranstaltet wurde und an dem acht Nobelpreisträger arbeiten, folgende Schwerpunkte:

a. Die Ausbildung von Medizinstudenten auf dem Gebiet von Tod und Sterben ist von zentraler Bedeutung;

b. Die ärztliche Verantwortung umgreift die Problematik des Sterbens des Patienten und hat auch die Angehörigen miteinzubeziehen;

c. die Sterbesituation faßt *Ammon* Ich- und gruppenpsychologisch auf und erhellt diese Situation durch entsprechende Graphiken von schwachen bzw. während der Sterbesituation ausgefallenen Ich-Funktionen sowie deren Gruppenbezug;

d. während der Sterbesituation müssen bestimmte Ich-Funktionen vom Personal übernommen werden, vor allem dann, wenn dem Sterbenden keine eigene Gruppe zur Verfügung steht;

e. das Sterben ist ein Identitätsproblem. Der Mensch stirbt so wie er gelebt hat in Hinblick auf seine gewachsenen Ich-Strukturen und auf die Lebensqualität, die er in Gruppen hat realisieren können. Mit dem Gedanken der „Angst vor dem Tode“ allein kann man keine wirksame Sterbehilfe entwickeln;

f. die Intimsphäre religiöser oder weltanschaulicher Einstellungen des Sterbenden muß respektiert bleiben;

g. es ist notwendig, zwischen dem Sterben psychisch labiler und Ich-starker Patienten zu unterscheiden;

h. das Verhalten in der Sterbesituation läßt sich annähernd auf Grund der Lebenssituation des Patienten und auf Grund des von *Ammon* und seinen Mitarbeitern in Angriff genommenen Persönlichkeitsprofils von gesunden und defizitären Ich-Funktionen voraussagen;

i. im Zusammenhang mit der z. Z. international betriebenen CA-Forschung stellt *Ammon* die Bedeutsamkeit von Feststellungen spontaner Remission bei fataler CA heraus, wie sie von *Ikemi* und Mitarbeitern (Fukuoka/Japan) auch histologisch nachgewiesen wurde. *Ammon* berichtete auch einen ihm auf dem oben beschriebenen Dresdener Kongreß mitgeteilten Fall; in diesem Zusammenhang weist er zudem auf die diesbezüglichen Erfahrungen von *Huebschmann* (Heidelberg) hin. Diesen Berichten von spontaner Remission ist die Arbeitshypothese gemeinsam, nach welcher diese Fälle aufgrund einer totalen Umstellung der Lebenssituation der Patienten möglich geworden ist.

4. Am Nachmittag und Abend desselben und am folgenden Tag nahm *Ammon* in seiner Eigenschaft als Direktor am Board of Directors des neuen staatlichen Instituts des National Institute for the Care of the Seriously Ill and Dying teil. Die Sitzungen dieses Gremiums wurden von Prof. *Bahnson*, dem Direktor des Instituts geleitet. Von den weiteren Mitgliedern des Boards sind zu nennen: *J. Q. Benoliel*, *D. Bernhardt*, *T. Engelhardt*, *P.-F. Engstrom*, *H. Feifel*, *H. K. Fischer*, *J. E. Fryer*, *R. Fulton*, *S. G. Glass*, *D. Howell*, *R. J. Kastenbaum*, *E. J. Kelty*, *M. Krant*, *E. Kubler-Ross*, *M. Kuhn*, *S. Levine*, *J. Liaschenko*, *J. I. Lynch*, *E. Shneidman*, *M. Shore*, *M. Chase Smith*, *C. M. Southam*, *K. E. Spilman*, *R. J. Torpie*, *S. L. Yale*, *A. D. Weisman*.

Auf diesen Sitzungen wurden im wesentlichen die Grundlagen über die Zielvorstellungen festgelegt, sowie die projektierten Forschungsprogramme vorgestellt. *Bahnsen* und Mitarbeiter hatten hierfür einen sorgfältig vorbereiteten Entwurf vorgelegt, in dem auch auf die Grundlagenforschung zur Dynamischen Psychiatrie und zur psychoanalytischen Ich-Psychologie von *Ammon* Bezug genommen wurde. Aus der Reihe der Diskutanten, die alle mehrere Statements abgaben, sei besonders auf Prof. *Shnidman* (Harvard) hingewiesen, der besonderen Wert auf die Theorieentwicklung im Hinblick auf die Erforschung von Tod und Sterben legte und hierbei die Streßforschung hervorhob. Er bezeichnete die Sterbesituation als einen besonderen psychischen Streß, dessen Meisterung oder Nicht-Bewältigung von dem Umgang mit früheren Streßsituationen im Leben des Menschen abhängt.

Einen ganz anderen Beitrag brachte Frau *Maggy Kuhn*, eine bekannte amerikanische Bürgerrechtlerin. Sie wies auf die Beziehungen der Gesellschaft zum Sterbenden hin und hob besonders die Tatsache hervor, daß es in unserer Zeit immer seltener werde, daß die Menschen im eigenen Heim sterben. Dabei ließ sie sich von dem Gedanken leiten, daß es zu den unabdingbaren Menschenrechten gehöre, in Würde sterben zu können.

Prof. *Engelhardt*, der das Fach Philosophie der Medizin an der Universität Texas vertritt, stellte Bezüge her zu philosophischen Konzeptionen sowie zur Theorie und Praxis der Sterbehilfe.

Von großem Interesse waren auch die Beiträge von Mrs. *Ruth Abrams*, die detailliert über die praktische Situation der Sterbehilfe sprach, so wie sie diese bereits in ihrem Buch „Not alone with Cancer“ dargelegt hat. *R. Abrams* kommt aus der Bostoner Psychoanalytischen Gruppe, wo sie noch mit *Felix* und *Helene Deutsch* und Frau *Rank* zusammengearbeitet hat.

Andere Mitarbeiter wiesen auf die Wichtigkeit des Forschungsdesigns von NISID hin und sprachen in allen Details darüber; andere Diskutanten berichteten über die Zusammenarbeit des neuen Instituts mit dem Fox Chase Cancer Research Center, der damit verbundenen Klinik und ihrer psychiatrischen Abteilung, der einzigen dieser Art in der Welt.

Im übrigen wurde *Ammon* die Möglichkeit eingeräumt, seine Ich- und gruppenstrukturelle Gesamtkonzeption in die objektiven Standards der Forschungsprogramme des Instituts miteinzuarbeiten. Er selbst gab fünf Statements während dieser eineinhalbtägigen Sitzungen ab, in denen er sich im Wesentlichen auf die Positionen des o. g. Vortrages bezog, jedoch unter Berücksichtigung der vorher von *Maggy Kuhn* eingeführten soziologischen Bezüge. Auch hier war die große Zustimmung zu bemerken, die *Ammon* von allen Seiten des Boards erhielt.

Ein interessanter gruppenspezifischer Gesichtspunkt dieses Boards bestand in seiner Heterogenität. Es wurde allerdings bedauert, daß es nicht

gelungen war, prominente farbige Wissenschaftler für den Beirat zu gewinnen. *Bahnson* berichtete, daß die dazu Eingeladenen alle abgelehnt hätten.

Innerhalb des Boards konnten verschiedene Komitees gebildet werden, die sich auf die Gebiete der Ausbildung, der Forschung und der Beratung beziehen. Zum Abschluß wurde festgelegt, daß die nationalen Mitglieder des Gremiums im Frühjahr 1977 wieder zusammentreten, um das bis dahin erstellte Grundsatzpapier für das Forschungsdesign in die Tat umzusetzen.

Es war interessant festzustellen, daß viele Gemeinsamkeiten der Psychiatergruppe in Dresden mit der Psychiatergruppe in Philadelphia bestehen; man hatte den Eindruck, fast übergangslos von einem Gremium in das andere zu kommen. In beiden Gruppen befand sich z. B. ein Philosoph in zentraler Position; zu beiden gehörten jeweils Neurotransmitterforscher. Beide Gruppen hatten in ihre Theorien das Bewußtsein der Umweltbeziehungen und der soziodynamischen Faktoren aufgenommen und sie zu wesentlichen Bestandteilen ihrer Forschungsmethoden gemacht. In Dresden wie in Philadelphia fiel auf, daß man die Ich- und Gruppenkonzeption *Ammons* konzeptuell in das eigene Denken einbringen konnte, dies in einem ganz anderen Umfang und einer anderen Qualität, als es die in der BRD vorherrschende Psychiatrie und Psychotherapie bisher hatten leisten können.

Günter Ammon vor der Hebrew University in Jerusalem

Am 24. 12. 1976 hielt *Günter Ammon* auf Einladung einen Vortrag zum Thema „Das Borderline-Syndrom – ein neues Krankheitsbild“ in englischer Sprache im Großen Hörsaal des Psychiatrischen Departments vom Hadassah Medical Center der Hebrew University in Jerusalem.

In seinem frei vorgetragenen Referat legte er das Schwergewicht auf die Diagnostik und Verifizierung dieses von ihm als eine nosologische Einheit beschriebenen Krankheitsbildes, dessen Krankheitsidentität gerade in seiner Identitätslosigkeit läge und das *Ammon* wie folgt definierte: „Das Borderline-Syndrom, aus dem ursprünglichen Psychopathiebegriff psychoanalytisch als eine Ich-strukturelle Krankheitseinheit in Theorie und Praxis entwickelt, zeichnet sich durch Störungen im zentralen Persönlichkeitskern der Identität und den damit verbundenen Ich-Strukturen aus; obwohl es eine Bereitschaft zu kurzen psychotischen Reaktionen hat, unterscheidet es sich jedoch von den psychotischen Krankheitsformen durch eine relativ intakte Fassade, manchmal sogar überkompensierte und brillierende Ich-Funktionen. Die Unterscheidung

zur Neurose liegt in der eklatanten Schwäche der sekundären Ich-Funktionen der Verdrängung, obwohl passager neurotische Reaktionen verschiedenster Art auftreten können.“ Das Borderline-Syndrom ist auf dem gleitenden Spektrum der archaischen Ich-Krankheiten anzusiedeln, wie *Ammon* sie in seinem Buch „Dynamische Psychiatrie“ bereits 1973 beschrieben hat.

Ammon entwickelte die Grundzüge und Merkmale des Borderline-Persönlichkeitsprofils und beschrieb sein Modell von primären, zentralen und sekundären Ich-Strukturen und -Funktionen.

Gesellschaftsbezogen stellte er die Verschiebung von der Neurose weg zu dieser Ich-Identitätserkrankung fest und konnte diese Beobachtung durch statistische Werte belegen.

Ammon stellte in diesem Vortrag seine gegenwärtigen Positionen vor, die er als grundlegend für die Arbeit der Berliner Schule ansah:

1. hat er ernst gemacht mit dem Konzept von *Freud*: wo Es war, soll Ich sein; d. h. er nimmt die grundlegenden Strukturen des Ichs in ihrer genetischen, dynamischen, strukturellen und auch defizitären Bedingtheit als im Unbewußten der Persönlichkeit ruhend an.

2. Diese Ich-Strukturen sind umweltbedingt und innerhalb von Gruppen entstanden. Das Ich ist immer anzusehen in seiner Rollenfunktion innerhalb mehrerer Gruppen. Hierin liegen seine emanzipatorischen wie defizitären Möglichkeiten.

3. Schwere archaische Ich-Krankheiten, wie besonders schizophrene, Borderline- und psychosomatische Reaktionen, können nicht von einem postulierten Triebgeschehen her verstanden werden, sondern vielmehr von dem Konzept eines Ich-strukturellen gruppenbedingten Defizits, was grundlegende therapeutische Konsequenzen hat. Demnach wäre eine therapeutische Technik, die auf einem Neurosen- und Triebkonzept beruht, bei der psychosomatischen Erkrankung kontraindiziert, und zwar genauso, als wenn man die Frage an einen psychosomatisch reagierenden Patienten stellen würde, welche inneren Probleme durch seine Krankheit ausgedrückt werden.

4. *Ammon* faßt psychosomatische Erkrankung auf als ein Krankheitsgeschehen innerhalb des von ihm beschriebenen Spektrums archaischer Ich-Krankheiten, zugeordnet der Ich-Krankheit des Borderline-Syndroms, wie er es mit seinen Mitarbeitern auf dem Düsseldorfer Kongreß darstellen konnte.

5. Die Wichtigkeit einer nachholenden Ich-Entwicklung, wie sie bei Umgehung der Symptomanalyse, sowohl die von *Ammon* und Mitarbeitern entwickelte Gruppenanalyse anbietet, als auch die von ihm entwickelte milieutherapeutische Gemeinschaft, deren Schwerpunkt immer in der mit dem gruppenspezifischen Erleben verbundenen Arbeitstherapie liegt, ist eng mit dem Konzept des Borderline-Syndroms als einer Kategorie des Spektrums archaischer Ich-Krankheiten verbunden.

Anschließend fand eine lebhafte, von freundlichem Interesse getragene Diskussion statt, an der sich besonders die Profs. *Rothschild*, *Zellermeyer* und *Hertz* beteiligten, aber auch zahlreiche jüngere Psychiater und Psychoanalytiker. Prof. *Rothschild* stellte einen Zusammenhang her zwischen seiner biologischen Ich-Regulations-Forschung und *Ammons* Konzept, was einen interessanten neuen Arbeitskontakt eröffnete.

In diesem Zusammenhang sei erwähnt, daß *Ammon* der erste Psychoanalytiker war, der nach dem Zweiten Weltkrieg in Jerusalem an der Hebrew University zum Vortrag eingeladen worden ist.

4. Tagung der Internationalen Studiengemeinschaft für pränatale Psychologie (ISPP) 17.–19. September 1976 in Bern – Tagungsthema: „Peri- und Pränatale Traumdeutung in der Psychotherapie“

Die Eröffnung erfolgte durch den neuen Präsidenten, Prof. Dr. *Sepp Schindler* von der Salzburger Universität, worauf Vertreter des bernischen Regierungsrates und des Stadtarztes im Namen des Stadtpräsidenten die Anwesenden willkommen hießen. In drei Hauptreferaten (Dr. *Astrid Knebel*, Bad Bellingen, Dr. Dr. *Friedrich Kruse*, Wiesbaden, und Prof. Dr. *Jgor A. Caruso*, Salzburg) zum Tagungsthema, sowie diversen Arbeitsberichten mit anschließender lebhafter Diskussion wurden Fach Erfahrungen ausgetauscht. Man weiß heute nicht nur aus den Publikationen des Gründers der ISPP, des Berner Psychotherapeuten Dr. *G. H. Graber*, sondern auch aus zahlreichen Arbeiten namhafter Wissenschaftler aus aller Welt, daß sich Träume nicht nur bis zum Zeitpunkt der Geburt, sondern bis einige Monate vor dieser lokalisieren lassen. Diesen in Fachkreisen lange angezweifelte und nun durch Krankengeschichten und Forschungsarbeiten immer stärker untermauerte Erkenntnissen dürften im Laufe der kommenden Jahre und Jahrzehnte noch viele folgen. Besonders erfreulich ist dabei, daß sich auch immer mehr Universitäten für dieses Gebiet interessieren und Arbeiten darüber erscheinen.

An einem von allen Teilnehmern besuchten Abendempfang im Hotel Metropole wurde Dr. *Graber* zum Zeichen seiner Ernennung zum Ehrenpräsidenten feierlich eine Urkunde überreicht. Der neue Präsident, sowie Prof. *Caruso* aus Salzburg und Dr. *G. Ammon*, Berlin, feierten den Jubilar mit freundschaftlichen Worten, der diese Ehrung beim Abschluß der Tagung durch eine Ansprache an seine langjährigen, treuen Freunde und Mitarbeiter in Herzlichkeit verdankte.

Die nächste Tagung der ISPP findet 1978 an der Universität Salzburg statt. Sie wird sich mit dem Hauptanliegen des Gründers, dem „Da-seinswechsel bei der Geburt“ (in allen seinen Aspekten) befassen.

IX.

INTERNATIONALES SYMPOSIUM DER
DEUTSCHEN AKADEMIE FÜR PSYCHOANALYSE (DAP) e. V.
Deutsches Museum, München

10.—14. Juni 1977

„DYNAMISCHE PSYCHIATRIE IN THEORIE UND PRAXIS“

Ziel des IX. Internationalen Symposiums ist es, die Richtung der Dynamischen Psychiatrie mit ihrer auf dem Ich- und Gruppenkonzept der Ammonschen Schule basierenden Theorie und Praxis breitgefächert zu untersuchen und darzustellen, in Abgrenzung zu den Schulen der Sozialpsychiatrie und der Anti-Psychiatrie.

Die Hauptreferate beschäftigen sich mit grundlegenden Aspekten der Dynamischen Psychiatrie in Theorie und Praxis, ihre Diskussion findet in Diskussionsgruppen statt. Einzelfragen und spezifische Problemstellungen werden in Kurzreferaten dargestellt und in Arbeitsgruppen diskutiert.

Die bisherigen Symposia der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) bearbeiteten die folgenden Themen:

- I. **Psychoanalyse und psychoanalytische Gruppenpsychotherapie, 1969** in Paestum bei Neapel
- II. **Gruppe und Aggression, 1970** in Paestum bei Neapel
- III. **Gruppe und Kreativität, 1971** in Stelzerreut bei Passau
- IV. **Zur psychoanalytischen Theorie und Technik psychosomatischer Syndrome, 1972** in Paestum bei Neapel
- V. **Theorie und Technik der Gruppenpsychotherapie von Psychosen, 1973** in Stelzerreut bei Passau
- VI. **Psychoanalytische Behandlungstechnik, 1974** auf Schloß Weidenkam bei München
- VII. **Psychoanalytische Ausbildung, 1975** in Taormina auf Sizilien
- VIII. **Das Borderline-Syndrom in Theorie und Praxis, 1976** in der Universität Düsseldorf.

VORLÄUFIGES PROGRAMM

Donnerstag, 9. Juni 1977

ab 18.00 Uhr

REGISTRATION

in den Räumen des Münchener Lehr- und Forschungsinstituts der DAP

Freitag, 10. Juni 1977

9.30 Uhr

ERÖFFNUNG

Dr. med. Günter Ammon

Präsident der Deutschen Akademie für
Psychoanalyse

Vertreter der Bayerischen Staatsregierung
und der Stadt München

Als Vertreter ausländischer Delegationen:

Prof. Dr. phil. Claus B. Bahnson (USA)
Direktor des Department of Behavioral Sciences, Research and Training, Eastern Pennsylvania, Psychiatric Institute, Philadelphia

Dr. med. Béla Buda (Ungarn)
Leiter der Psychotherapeutischen Abteilung des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Budapest

Prof. Dr. med. Dr. phil. Nicholas Destounis (Griechenland)
Präsident der Hellenic Society of Psychosomatic Medicine

Dr. phil. Gustav Hans Graber (Schweiz)
Ehrenpräsident der Internationalen Studiengemeinschaft für Pränatale Psychologie, Bern

Prof. Dr. med. Dan G. Hertz (Israel)
Acting Chairman des Hadassah Medical Center der Hebrew University, Jerusalem

Dr. med. Zdzislaw Mieniewski (Polen)
Leiter der Alkoholikerabteilung des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Krakow

Dr. med. Herman Musaph (Holland)
Vizepräsident für Europa des International College of Psychosomatic Medicine, Amsterdam; Präsident der Dutch Society of Psychosomatic Medicine

Prof. Dr. phil. Lucio Pinkus (Italien)
Vorstandsmitglied der Societa Italiana di Psicologia di Gruppo, Professor für Psychologie an der staatlichen Universität Rom

Prof. Dr. med. Erwin Ringel (Österreich)
Ehrenpräsident der Internationalen Vereinigung für Selbstmordprophylaxe, Leiter der psychosomatischen Abteilung der Psychiatrischen Universitätsklinik Wien

Dr. med. Ana Rojnik (Jugoslawien)
Leitende Psychiaterin in der Klinika Bolnisnica za Psihijatrijo, Ljubljana

Chairman: **Erwin Ringel (Wien)**

10.30 Uhr

1. HAUPTREFERAT
Günter Ammon (Berlin)
Das Verständnis eines Entwicklungsdefizits von Ich-Strukturen in Persönlichkeit und umgebender Gruppe als Grundlage für Wissenschaft und Praxis einer Dynamischen Psychiatrie

11.30 Uhr

2. HAUPTREFERAT
Jan Pohl (München)
Die psychiatrische Klinik als interpersonelles Feld dynamisch psychiatrischer Behandlungswissenschaft

12.30 Uhr

DISKUSSIONSGRUPPEN

PARALLELVERANSTALTUNGEN

Chairman: **Claus B. Bahnson** (Philadelphia) Chairman: **Gerd Röhling** (Berlin)

15.30 Uhr

3. HAUPTREFERAT

Gisela Ammon (Berlin)

Borderline und Psychosomatik im Rahmen der Dynamischen Psychiatrie unter dem Gesichtspunkt der Prävention

16.30 Uhr

KURZREFERATE

Sitzung des Internationalen Wissenschaftlichen Beirats der Deutschen Akademie für Psychoanalyse im Münchener Lehr- und Forschungsinstitut der DAP

Andreas v. Wallenberg-Pachaly (München)

Die Ich-Entwicklung einer psychosomatisch reagierenden Patientin während ihrer stationären Psychotherapie

Hartwig Volbehr (Berlin)

Die Rolle der Psychosomatik in der Dynamischen Psychiatrie

Wolfgang Rock (Düsseldorf)

Die Anwendung von Prinzipien der Dynamischen Psychiatrie in Heimen für Kinder und Jugendliche

Samstag, 11. Juni 1977

9.30 Uhr

Chairman: **Igor A. Caruso** (Salzburg)

Chairman: **Béla Buda** (Budapest)

4. HAUPTREFERAT

Erwin Ringel (Wien)

Antipsychiatrie und Dynamische Psychiatrie — Eine Gegenüberstellung

5. HAUPTREFERAT

Dan G. Hertz (Jerusalem)

The Teaching of Dynamic Psychiatry in Medical Practice

6. HAUPTREFERAT

F. S. Rothschild (Jerusalem)

Die Wurzeln des Ichs in den Kommunikationssystemen und deren Regulation

7. HAUPTREFERAT

Gerd Röhling (Berlin)

Suchtkranke in der Psychiatrie — Behandlung durch das Milieu

12.30 Uhr

DISKUSSIONSGRUPPEN

15.30 Uhr**PARALLELVERANSTALTUNGEN**

Chairman: **Mathias Hirsch**
(Düsseldorf)

Chairman: **Christine Bott**
(München)

(Berlin)

8. HAUPTREFERAT

Lucio Pinkus (Rom)
Die Situation der Dynamischen Psychiatrie in Italien

9. HAUPTREFERAT

Friedrich Diergarten
(Düsseldorf)
Sprache und Symbolik als Ich- und Gruppenfunktion. (Überlegungen zum Ursprung von Sprache und Symbolik mit Beispielen aus einer milieuthérapeutischen Kindergruppe)

10. HAUPTREFERAT

Nicholas Destounis
(Battle Creek/Athen)
New Concepts of Teaching and Research of Dynamik Psychiatry

16.30 Uhr**11. HAUPTREFERAT**

Mohamed S. El-Safti
(Düsseldorf)
Die Funktion der sprachlichen Kommunikation im Konzept der Dynamischen Psychiatrie

KURZREFERATE

Agnes Wiehl (Berlin)
Zur Methodik des Persönlichkeitsprofils nach Ammon

Rolf Schmidts (München)
Psychodynamik des Ausagierens einer schwer Ichdefizitären Patientin im Rahmen einer dynamischen psychiatrischen Klinik

Emil Wieczorek (Düsseldorf)
Heimstruktur und Dynamische Psychiatrie — Eine Analyse der Wechselbeziehung, dargestellt am Beispiel eines Kinder- und Jugenddorfes

Karl-Georg Nickel (Berlin)
Borderline-Kriminalität im Rahmen einer forensischen Dynamischen Psychiatrie

Grete Schönhals (Bochum)
Therapeutische Erkenntnis in der Behandlung eines Patienten mit Epilepsie in akuter Suizidgefahr

20.30 Uhr**ARBEITSGRUPPEN**

Jürgen Müller-Heinemann/Friedrich Battenberg (München)/**Agnes Wiehl** (Berlin)
Die Bedeutung der testpsychologischen Diagnostik in der Dynamischen Psychiatrie

Igor A. Caruso (Salzburg)
Narzißmus

Jan Pohl (München)
Wer sind hier die Patienten — wer die Therapeuten?
Fünfzehn-Minuten-Film aus der Münchener Modellklinik für Dynamische Psychiatrie

Burkhard Gülsdorff/Ingeborg Urspruch (Berlin)
Die Bedeutung des Inzests beim Borderline-Syndrom

G. H. Graber (Bern)
Angst vor der Zukunft mit spezieller Berücksichtigung der Angst vor Geisteskrankheit als Suizidmotiv

Sonntag, 12. Juni 1977

Chairman: **Lucio Pinkus**
(Rom)

9.30 Uhr

12. HAUPTREFERAT
Igor A. Caruso (Salzburg)/
Edith Frank-Rieser (Inns-
bruck)

Latente Borderline-Syn-
drome als Gefährdung der
Ich-Bildung

14. HAUPTREFERAT
Ursula Keller (Düsseldorf)
Möglichkeiten einer ambu-
lanten dynamisch psychiatri-
schen Behandlungsstrategie
von »archaischen Ich-Krank-
heiten« am Beispiel der
sexuell perversen Reaktion

12.30 Uhr

DISKUSSIONSGRUPPEN

PARALLELVANSTALTUNGEN

Chairman: **Jan Pohl**
(München)

15.30 Uhr

16. HAUPTREFERAT
Herman Musaph
(Amsterdam)
Dynamics of Pathological
Health

16.30 Uhr

KURZREFERATE

Burkhard Gülsdorff (Berlin)
Stationäre Psychotherapie
in einer Landesnervenklinik

Chairman: **Herman Musaph**
(Amsterdam)

13. HAUPTREFERAT
Dieta Biebel (München)
Verwirklichung Dynami-
scher Psychiatrie im Rahmen
einer klassischen psychiatri-
schen Anstalt am Beispiel
einer Psychosentherapie

15. HAUPTREFERAT
Zdzislaw Mieniewski
(Krakow)
Die Bedeutung der Dyna-
mischen Psychiatrie für die
Reformbewegung in der
Psychiatrie

Chairman: **Klaus Semmler**
(Berlin)

17. HAUPTREFERAT
Yvonne Maurer-Groeli
(Zürich)
Die nachholende Ich-Ent-
wicklung in der körper-
zentrierten Psychotherapie

Erda Siebert (Düsseldorf)
Die Funktion der zentralen
Figur in der Psychodynamik
eines Kinderheimes

Ulrike Harlander (Berlin)
Der Begriff der Identität
nach Ammon

Chairman: **Gerd Röhling**
(Berlin)

18. HAUPTREFERAT
Wolfgang de Boor (Köln)
Monoperceptosen

Kurt Oehler (München)
Münchener Persönlichkeits-
Struktur-Test

Walter Mentzel (Düsseldorf)
Ein Beitrag zur Frage der
Zusammenhänge zwischen
psychischen und psychoso-
matischen Krankheitsbil-
dern

20.30 Uhr

Empfang im
»Bayerischen Hof«

Montag, 13. Juni 1977

Chairman: **F. S. Rothschild**
(Jerusalem)

Chairman: **Regine Schneider**
(Düsseldorf)

9.30 Uhr

19. HAUTREFERAT

Claus B. Bahnson
(Philadelphia)
Die Anwendung der Familien-
therapie in der Dynamischen
Psychiatrie vom
Standpunkt der System-
theorie

20. HAUPTREFERAT

Mathias Hirsch (Düsseldorf)
Therapeutische Gemein-
schaft und analytische Mi-
lieuthherapie — Beiträge zu
einer Reform der Psychiatrie

21. HAUPTREFERAT

Béla Buda (Budapest)
Familien- und Partnerbe-
ziehungen in Theorie und
Praxis der Dynamischen
Psychiatrie

22. HAUPTREFERAT

Petra Schneider (Berlin)
Spezifisch technische Pro-
bleme in der Behandlung
des Borderline-Syndroms

12.30 Uhr

DISKUSSIONSGRUPPEN

PARALLELVERANSTALTUNGEN

Chairman: **Hartwig Volbehr**
(Berlin)

Chairman: **Dan G. Hertz**
(Jerusalem)

Chairman: **Brigitte Marsen**
(Berlin)

15.30 Uhr

23. HAUPTREFERAT

Klaus Semmler (Berlin)
Methodologische Erforder-
nisse empirischer Psycho-
therapieforschung unter be-
sonderer Berücksichtigung
der Dynamischen Psychiatrie

24. HAUTREFERAT

Regine Schneider
(Düsseldorf)
Die Beziehung zwischen Ich-
Defizit und Primärgrup-
penstruktur — am Beispiel
einer Familientherapie

25. HAUPTREFERAT

Christine Bott (München)
Die Ich-Struktur des Mi-
gräne-Patienten und ihre
Beziehung zur Psychose

16.30 Uhr

KURZREFERATE

Gertraud Reitz (München)
Die Interdependenz von
struktureller Ich-Schädigung
und pathogener Familien-
dynamik bei einer jugend-
lichen Patientin und die
Veränderung im therapeu-
tischen Prozeß

Friedrich Battenberg
(München)
Die Arbeit mit dem Körper-
Ich und die Bedeutung
psychosomatischer Erkran-
kungen im Rahmen der
Milieuthherapie

Jürgen Müller-Heinemann
(München)
Die Funktion der Psycho-
diagnostik in einer dyna-
misch psychiatrischen Klinik

Kurt Husemann

(Düsseldorf)

Entwicklung von spezifischen Behandlungsmethoden der psychoanalytischen Milieuthherapie für eine Tagesklinik eines psychiatrischen Landeskrankenhauses

Elisabeth Horn (München)

Das gestörte Kind als Symptomträger in der Familiendynamik und als drittes Objekt in der analytischen Therapie archaisch Ichkranker Mütter

Everhard Jungeblodt

(Düsseldorf)

Die Psychiatrie im Double Bind

20.30 Uhr

ARBEITSGRUPPEN

Klaus Semmler/Thomas

Culemann/Jürgen Bilz
(Berlin)

Methodologische Aspekte der Effizienzforschung bei der psychoanalytischen Therapie psychiatrischer Krankheitsbilder

Ingeborg Urspruch (Berlin)/

Jürgen Müller-Heinemann/

Rolf Schmidts (München)
Die Rolle des Personals in der orthodoxen und der Dynamischen Psychiatrie

Ana Rojnik (Ljubljana)

Gruppenanalytische Behandlung des Aktualkonflikts als Nachsorge beim psychotisch reagierenden Kranken

Hartwig Volbehr/Brigitte

Marsen (Berlin)/Walter

Mentzel (Düsseldorf)
Zur Validität neurophysiologischer Forschung in der Pathogenese psychischer Erkrankungen unter Berücksichtigung der Wirkung von Neurotransmittern

Dienstag, 14. Juni 1977

Chairman: Ursula Keller
(Düsseldorf)

Chairman: Z. Mieniewski
(Krakau)

9.30 Uhr

26. HAUPTREFERAT

Ursula Avé-Lallemant
(München)

Das autonome Ich als Voraussetzung für dynamische Gruppenbezüge, Ergebnisse statistischer Untersuchungen aufgrund graphischer Ausdrucksphänomene

27. HAUPTREFERAT

Karin Ammon (München)

Abgrenzung des spezifischen Ich-Defizits psychosomatisch Kranker im Rahmen der Krankheitslehre der Dynamischen Psychiatrie.

28. HAUPTREFERAT

Fritjof Winkelmann

(München)

Die ambulante Psychotherapie von Patienten mit abrupten Durchbrüchen destruktiver Aggression als Beispiel Dynamischer Psychiatrie

29. HAUPTREFERAT

Ana Rojnik (Ljubljana)

Fettstoffwechselstörung als Symptomverhalten beim archaischen Ich-Defizit — Ergebnisse eines wissenschaftlichen Forschungsprojektes

12.30 Uhr

DISKUSSIONSGRUPPEN

PARALLELVERANSTALTUNGEN

Chairman: **Peter Haerlin**
(München)

Chairman: **Fritjof Winkel-**
mann (München)

15.30 Uhr

30. HAUPTREFERAT

Walter Bühling (Düsseldorf)
Probleme des Agierens von
Suchtkranken in stationärer
Psychotherapie

31. HAUPTREFERAT

Jan Bastiaans (Leiden)
Behandlungsmethoden im
Rahmen der Dynamischen
Psychiatrie

16.30 Uhr

KURZREFERATE

Peter Haerlin (München)
Paranoische Kontaktabwehr
einer psychotisch reagieren-
den Patientin im Verlauf
einer stationären Psycho-
therapie

Ana Rojnik (Ljubljana)
Dynamische Psychiatrie im
Rahmen klassisch funktion-
nierender psychiatrischer
Kliniken

Wolfgang Trauth (München)
Zur Genese der kriminellen
Handlung als Ausdruck
einer archaischen Ich-
Krankheit

Christine Zohner (München)
Die Dynamik der Anorexia
nervosa und die Entwick-
lung eines integrierten Be-
handlungskonzepts im Rah-
men einer dynamisch-
psychiatrischen Klinik

Ida Götte (Kreuzlingen)
Die therapeutische Technik
im Rahmen der Dynami-
schen Psychiatrie

Manfred Link (Düsseldorf)
Auf dem Weg von der
Triebpsychologie zur Dy-
namischen Psychiatrie:
Triebabwehr versus Exter-
nalisierung einer gruppen-
dynamischen Situation dar-
gestellt an dem Begriff der
Projektion

20.30 Uhr

ARBEITSGRUPPEN

Béla Buda (Budapest)
Diagnose und Therapie-
planung in verschiedenen
Kontexten der Dynamischen
Psychiatrie — theoretische
und praktische Gesicht-
punkte

Christine Zohner/Rolf
Schmidts (München)
Zur Kritik der psychiatri-
schen Diagnostik im
Rahmen der Dynamischen
Psychiatrie

Ursula Avé-Lallemant
(München)
Insuffiziente Ich-Strukturen
im graphischen Ausdrucks-
bild, mit besonderer Berück-
sichtigung der psychologi-
schen Zeichenstrich-Analyse

Jürgen Bilz/Agnes Wiehl/
Karin Wangemann (Berlin)/
Christine Bott (München)
Methodologische Aspekte
der Validitätskontrolle für
die Erstellung von Persön-
lichkeitsprofilen für die
psychosomatische Ich-Struk-
tur-Evaluierung

Karl-Georg Nickel (Berlin)
Der Niederschlag der Bor-
derline-Erfahrungen im
Werk Dostojewskis

Burkhard Gülsdorff/Petra
Schneider/Ingeborg Ur-
spruch/Elke Jansen/Thomas
Culemann/Gerd Röhling
(Berlin)
Abgrenzung der Dynami-
schen Psychiatrie zur Sozial-
und Anti-Psychiatrie

DIE ORGANISATION DES SYMPOSIUMS

Diskussionsgruppen zu den Vormittagsvorträgen
(jeweils mehrere Gruppen zur Diskussion für einen Vortrag)

Leiter:

A Klaus Semmler	F Christine Bott
B Hartwig Volbehr	G Dieta Biebel
C Fritjof Winkelmann	H Friedrich W. Battenberg
D Gerd Röhling	I Mathias Hirsch
E Anke Meilicke	K Mechthild Kuhl

Die Vorträge der Nachmittagsveranstaltungen werden jeweils sukzessive diskutiert.

Zu Beginn der Arbeitsgruppen am Abend geben die Gruppenleiter ein kurzes Statement
als Diskussionsgrundlage.

Alle abendlichen Arbeitsgruppen laufen parallel.

ALLGEMEINE INFORMATION

WISSENSCHAFTLICHE LEITUNG: Günter Ammon (Berlin)

ORGANISATORISCHE LEITUNG: Jan Pohl (München)

ORGANISATIONSKOMITEES

Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) e. V.

8 München 40
Leopoldstr. 87
(089) 34 14 44

1 Berlin 15
Wielandstr. 27/28
(030) 8 83 93 24

4 Düsseldorf
Schadowstr. 86/88
(0211) 36 49 00

REGISTRATION

Donnerstag, 9. 6. 1977 ab 18.00 Uhr in den Räumen des Münchener Lehr- und For-
schungsinstituts der DAP, Leopoldstr. 87, 8 München 40 (089) 34 14 44

Ab Freitag, dem 10. 6. 1977, ab 9.00 Uhr, befinden sich die Registration, der Informa-
tionsstand und der Büchertisch in den Räumen des Deutschen Museums.

BÜCHERTISCH: Ignaz Schweitzer, Buchhandlung am Englischen Garten, München.

UNTERKUNFT

Bitte, wenden Sie sich an das Städtische Fremdenverkehrsamt, Rathaus, Marienplatz 8,
8 München 2.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, daß es aufgrund der zahlreichen im Juni in München
stattfindenden Veranstaltungen notwendig ist, Buchungen rechtzeitig vorzunehmen.

Änderungen vorbehalten.

Da sich eine inhaltliche Korrektur der englischen Zusammenfassung der Arbeit von *Günter Ammon* aus Heft 40 (5/1977) der „Dynamischen Psychiatrie“ als dringend notwendig erwiesen hat, ist von der Redaktion eine Neufassung erarbeitet worden:

The Borderline Syndrome — A New Disease Complex

Günter Ammon

The borderline-syndrome represents a variety of heterogeneous symptoms which frequently alternate. At first sight it seems as if these different states were isolated from each other, which for a long time made psychiatrists and psychoanalysts helpless in the treatment of the borderline syndrome.

In his paper *Günter Ammon* develops the theory of the borderline syndrome as a nosological unit within his concept of „archaic ego-diseases“ on the gliding spectrum between psychosis and neurosis. Thus, borderline-symptoms can be understood as a pathology of ego-identity acquired in early childhood in the preoedipal phase. History, social background, unconscious dynamics and group dynamics of the patient have to be taken into account. Borderline-manifestations are an expression of the individual's pathological development established in a disturbed mother-child-relationship. *Günter Ammon* defines the borderline-syndrome as follows: „The borderline syndrome has to be placed on the gliding spectrum of archaic ego-diseases. It was developed psychoanalytically as an ego-structural nosological unit in theory and practice out of the original concept of psychopathy. It is characterized by disturbances in identity, the central core of personality, and connected ego-structures. Although there is a readiness to short psychotic diseases by a relatively intact facade, sometimes even by overcompensated and brilliant ego-functions. The difference from neurosis is to be seen in the striking weakness of the secondary ego-function of suppression, although the appearance of temporary neurotic reactions of the different types is possible.“

On the level of phenomenology the fundamental desintegration of the personality is often hidden behind a seemingly well functioning facade of more or less compensating ego-functions and defense mechanisms which in many cases enable borderline-patients to be highly successful in their professions. In stress situations, however, the facades break down. The ego-deficit or as the author calls it the „hole in the ego“ is caused by the internalized destructive aggression derived from the traumatical disturbance in the archaic motherchild-communication.

Based on thorough research and statistical data collected for more than a decade in the institutes of the German Academy for Psychoanalysis the author and his co-workers are developing a detailed questionnaire. One of the most important aspects of this procedure is to study the typical changes of symptomatology during the psychotherapeutic process. This questionnaire for evaluating the borderline symptoms is based on *Günter Ammon's* theory of ego- and identity-development within the early family group. If the surrounding primary group respects the child's efforts to build up a personality of his own, the various forms of ego-functions can be developed: the primary, the central, and the secondary ego-functions. All three forms have to be seen in a psychogenetic and structural context. Since the borderline-patient is almost unable to suppress he has to ward off the damages of the primary and central function of ego-regulation using archaic mechanisms. The primary ego-functions are based on neurophysiological dispositions. They encompass functions such as perception, motility, language, emotions, ego-feelings, memory etc. Most of the secondary ego-functions, like thinking, feeling, acting, dreaming, intelligence, which enable the person to function in the here and now, are highly developed helping to compensate the deficient ego-functions, which in borderline-syndrome especially are the central ones, in the sense of a homeostatic balance. The central ego-functions such as ego-identity, ego-autonomy, constructive aggression and creativity, narcissism, sexuality, ego-regulation and ego-integration, and ego-demarcation are all fundamentally disturbed.

Considering the fact that the borderline-patient has never experienced a reliable human relationship, it is absolutely necessary for the therapist to build up a realistic human contact to his patient. On this basis ego-structural therapeutic techniques must be applied within a direct relationship between patient and therapist. The author also points out that a combination of individual and psychoanalytical group therapy is indicated. The aim of psychotherapy with borderline patients is a retrieval of ego-development and ego-identity which means that the patient must be helped to answer the existential question „Who am I?“.

In his paper the author also discusses various concepts of other researchers in this field, especially *Kernberg* and *Kohut*, whose approaches are based on traditional libido theory remaining intrapsychic and individualistic. This is the main reason why they don't succeed in conceiving of the borderline-syndrome as of a nosological unit and as of a disease of the personality itself.

Based on therapeutic experience and long research the author has left the libido concept and develops in theory and practice new methods of helping and treating psychic ill patients.

X. INTERNATIONALES SYMPOSIUM DER DAP

8.–12. Oktober 1978 Kongreßhalle Berlin

PSYCHOSOMATISCHE ERKRANKUNG UND DEPRESSION

Wissenschaftliche Leitung: Dr. med. Günter Ammon

Organisation: Dr. med. Gerd Röhling

Lehr- und Forschungs-
institut für Dynamische
Psychiatrie und Gruppen-
dynamik (LFI) der DAP
Wielandstraße 27–28,
1 Berlin 15
Telefon (030) 8 83 93 24

Münchener Lehr- und
Forschungsinstitut
der DAP
Leopoldstraße 87,
8 München 40
Telefon ((089) 34 14 44

Düsseldorfer Lehr- und
Forschungsinstitut
der DAP
Schadowstraße 86–88,
4 Düsseldorf
Telefon (0211) 36 49 00

Anschrift des Herausgebers/editor's address:

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

Manuskripte nehmen entgegen/manuscripts should be sent to:

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

Weitere Mitglieder der Redaktion/members of the editorial staff:

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

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

Dr. med. Karin Ammon, Dr. med. Dieta Biebel, Dipl.-Psych. Christine Bott, Dr. med. Rolf Schmidts, Winfried Schibalski (Rezensionen)

Münchener Lehr- und Forschungsinstitut der DAP, Leopoldstr. 87, 8 München 40

Dr. Friedrich Diergarten, Dr. med. Mathias Hirsch (Rezensionen), Dr. Dipl.-Psych. Kurt Husemann (Nachrichten), Dipl.-Psych. Wolfgang Rock, Heide-Maria Schmidt, Dr. med. Regine Schneider, Dipl.-Psych. Erda Siebert

Düsseldorfer Lehr- und Forschungsinstitut der DAP, Schadowstr. 86/88, 4 Düsseldorf

Um Unterbrechungen der Belieferung zu vermeiden, bitten wir, unserer Auslieferung Adressenänderungen rechtzeitig mitzuteilen.

Beilagenhinweis: Bitte beachten Sie die Beilage des Ernst Klett Verlages, Stuttgart.