

# Dynamische *Dynamic* Psychiatrie *Psychiatry*

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse  
Herausgegeben von Günter Ammon

## PSYCHOSOMATIK UND DEPRESSION II

*Gisela Ammon*

Alternieren depressiver und psychosomatischer Reaktionen in der frühen Kindheit

*Erwin Ringel und Peter Gathmann*

Wechsel und Beziehung zwischen psychosomatischer Erkrankung und Depression aus individualpsychologischer Sicht

*Jacob Shanon*

Psychogenic Pruritus in Concentration Camp Survivors  
(Delayed Psychosomatic Skin Disorders)

*Kurt Husemann*

Ein Beitrag zur psychotherapeutischen Behandlung von Patienten mit einer pränatal entstandenen Körper-Ich-Schädigung

*Friedrich Rothschild*

Das Versagen der inneren Anpassung bei psychosomatischen Erkrankungen

12. Jahrgang

3. Heft 1979

**PINEL-PUBLIKATIONEN BERLIN**

**56**

# 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)

12. Jahrgang, 3. Heft 1979, Nr. 56

Herausgegeben von Günter Ammon

unter Mitarbeit von

F. Antonelli, Roma – C. Bahnson, Philadelphia – R. Barnes, Phoenix – L. Bellak, New York – G. R. Bloch, Los Angeles – B. Buda, Budapest – R. Ekstein, Los Angeles – A. A. Fischer, Maastricht – Th. Freeman, Antrim – A. Garma, Buenos Aires – K. E. Godfrey, Topeka – J. L. Gonzales, Mexico City – G. H. Graber, Bern – F. Hacker, Wien – F. Hansen, Oslo – G. Hidas, Budapest – H. Illing, Los Angeles – I. Jakob, Belmont – H. W. Janz, Hannover – U. Keller-Husemann, Düsseldorf – M. Khan, London – E. Linnemann, København – G. Murphy †, Washington – S. Nacht †, Paris – K. Okonogi, Tokio – L. Miller de Paiva, São Paulo – 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.

*Gisela Ammon* (Berlin)

- Alternieren depressiver und psychosomatischer Reaktionen in der frühen Kindheit 209  
The Shift from Depressive to Psychosomatic Reaction in Early Childhood 222

*Erwin Ringel* und *Peter Gathmann* (Wien)

- Wechsel und Beziehung zwischen psychosomatischer Erkrankung und Depression  
aus individualpsychologischer Sicht 225  
Change and Interrelationship between Psychosomatic Illness and Depression from  
the Viewpoint of Individual Psychology 230

*Jacob Shanon* (Jerusalem)

- Psychogener Pruritus in Concentration Camp Survivors  
(Delayed Psychosomatic Skin Disorders) 232  
Psychologener Pruritus bei Überlebenden aus nationalsozialistischen Konzentra-  
tionslagern 239

*Kurt Husemann* (Düsseldorf)

- Ein Beitrag zur psychotherapeutischen Behandlung von Patienten mit einer  
pränatal entstandenen Körper-Ich-Schädigung 242  
A Contribution to Psychotherapeutic Treatment of Patients with Disturbance of  
Body-Ego Caused during Pregnancy 256

*Friedrich Rothschild* (Jerusalem)

- Das Versagen der inneren Anpassung bei psychosomatischen Erkrankungen 260  
The Break-Down of Inner Adaption in Psychosomatic Illnesses 270

- Bücher- und Zeitschriftenspiegel / *Book and Journal Reviews* 273

- Nachrichten / *News* 281

# Alternieren depressiver und psychosomatischer Reaktionen im frühen Kindesalter\*\*

Gisela Ammon\*

Das Konzept der Psychoanalytischen Kindergärten innerhalb der Dynamischen Psychiatrie bildet die Grundlage für eine differenzierte Prävention von psychischen Störungen und deren Erforschung. Die Bedeutung der prophylaktischen Arbeit von Psychoanalytischen Kindergärten liegt in der Erfassung von Struktur, Psychogenese und Gruppendynamik der Kleinfamilie sowohl in ihren konstruktiven als auch defizitären Aspekten, wobei eine vielfältige Methodik angewandt wird, von dynamisch-soziometrischen Gruppenprozeßuntersuchungen, Direktbeobachtungen, über testmäßige Ich-Struktur-Erfassung bis hin zu methodischen Video-Auswertungen.

In dieser Arbeit richtet die Autorin den Fokus auf wechselnde passagere Erscheinungen zwischen kindlichen psychosomatischen Symptomen und depressiven Verstimmungen, die sie in ihrer nunmehr über zehnjährigen psychoanalytischen Kindergartenarbeit immer wieder beobachten konnte. Als strukturellen Kernpunkt jenseits aggressiver, depressiver oder psychosomatischer Symptome arbeitet die Autorin die Entwicklung der konstruktiven Aggression des Kindes heraus, ausgehend von der Beobachtung, daß in der Phase destruktiver Aggressionsausbrüche das Kind weitgehend von psychosomatischen Beschwerden bzw. depressiven Verstimmungen frei ist. Diese Phänomene finden in der psychoanalytischen Literatur wenig Beachtung. Im psychoanalytisch-pädagogischen Konzept der Autorin wird diese wechselseitige Symptomatik nicht als ein isoliertes Geschehen angesehen, sondern muß in innigem Zusammenhang mit der Familiendynamik der betroffenen Kinder verstanden werden, wie dies in der die Kindergartenarbeit kontinuierlich begleitenden Elterngruppenarbeit deutlich wurde. Das Kind ist Träger der Spannungen der gesamten Familie, besonders aber der Spannung zwischen den Eltern. Als wesentliches Forschungsprinzip fordert daher die Autorin, die Verbindung zur real beobachtbaren Primärgruppendynamik und Ich-Struktur der Eltern herzustellen, so daß Prozesse und Dynamik der Persönlichkeitsentwicklung in statu nascendi in ihrem wechselseitigen Zusammenhang erfaßt werden können.

Mit ihren Ergebnissen leistet die Autorin daher einen Beitrag innerhalb des gesamten Forschungsgebiets der Dynamischen Psychiatrie für das ich-strukturelle Persönlichkeitsbild, jenseits der beobachtbaren Phänomenologie kann sie Determinanten eines konstruktiven bzw. destruktiven Entwicklungsprozesses aufzeigen. Diesen Standpunkt macht sie zum Abschluß zum Maßstab der Auseinandersetzung mit der Literatur (Klein, Poznanski, Minuchin u.a.) über Depression und Psychosomatik im Kindesalter.

In einer 10jährigen psychoanalytischen Kindergartenarbeit, in der etwa 500 Kinder im Alter von 2-6 Jahren beobachtet werden konnten, fiel uns immer wieder auf, daß eine enge Wechselbeziehung zwischen depressiven Reaktionen wie Daumenlutschen, Zurückgezogenheit, Quengeleien, Vor-sich-hin-träumen, Kontaktunfähigkeit zu Kindern, Isolation, Spielunlust und Schlafstörungen und psychosomatischen Reaktionen wie rezidivierenden Anginen, Erkältungskrankheiten, Bauch- und Kopfschmerzen, Ohrenschmerzen, Durchfällen, Erbrechen, Eßstörungen, chronischer Verstopfung und Hautkrankheiten bestand.

In dieser Arbeit werde ich versuchen, den strukturellen Kernpunkt der oben beschriebenen Phänomene zu erfassen und zu diskutieren, der jenseits

\* Lehranalytikerin am Berliner Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik der DAP, Leiterin der Psychoanalytischen Kindergärten der DGG

\*\* Vortrag gehalten auf dem X. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), 8.-12. Oktober 1978, Kongreßhalle Berlin

aggressiver, depressiver oder psychosomatischer Symptome die Störung ursächlich bedingt (vgl. auch *Gisela Ammon*, 1970, 1973). Auffallend ist die geringe Literatur, die hierzu aus psychoanalytischer Sicht vorliegt. So finden wir selbst bei *Anna Freud* wenig Angaben zur Frage der Aggression und zur Psychosomatik bei Kindern.

Die angewendete Forschungsmethodik enthält Direktbeobachtungen vor Kinder- und Elterngruppen, soziometrische Messungen, die Anwendung des Ich-Struktur-Tests nach *Günter Ammon*, Fragebögen zur auftretenden Symptomatik, Videoaufnahmen von Kinder-, Eltern- und Erziehergruppen, schriftliche Berichte der Erzieher und Lebensläufe der Kinder, von den Eltern bei Eintritt in den Kindergarten geschrieben.

Wir konnten bei der anfangs aufgezählten Symptomatik von depressiven und psychosomatischen Reaktionen feststellen, daß der Ich-Funktion der Aggression eine besondere Bedeutung zukam. Destruktive Wutausbrüche wechseln mit depressivem und psychosomatischem Rückzug entsprechend der jeweiligen Familiendynamik. Nach *Günter Ammons* (1978a) Ich-Struktur-Modell wird die Ich-Funktion der konstruktiven Aggression mit ihren beiden pathologischen Deformationen der destruktiven und der defizitären Aggression im Bereich der zentralen Ich-Funktionen angesiedelt. Sie wird als Schaltstelle der ich-strukturellen Genese psychischer Krankheiten angesehen. Bei den psychosomatischen und depressiven Reaktionen ist die Ich-Funktion der Aggression defizitär, d.h. Aggression kann in entsprechenden Situationen nicht adäquat geäußert werden, sie wird verleugnet und gegen den eigenen Körper gerichtet. Dabei kann es zu abrupten Ausbrüchen destruktiver Aggression kommen, oder die Aggression muß von der umgebenden Gruppe getragen und ausgedrückt werden.

Der vierjährige Arno wurde von der gleichaltrigen Josephine bevorzugt zu Familienspielen herangezogen. Sie teilte ihm die Rolle als Vater zu, schrieb ihm aber genau vor, wie er sich zu verhalten hätte. Er mußte schlafen, dann mußte er wieder Essen kochen, er wurde einkaufen geschickt und ausgeschimpft, weil er nicht arbeiten und Geld verdienen würde, usw. . Als Arno keinen Spielraum mehr hatte, konnte er sich nur abgrenzen, indem er völlig apathisch wurde, sich in eine Ecke zurückzog, Daumen lutschte, was Josephine ermunterte, noch aktiver auf ihn einzudringen, bis sie ihn wütend beschimpfte und schlug. Die Erzieher mußten hier anstelle von Arno reagieren und Josephine begrenzen und stellvertretend seine Bedürfnisse ausdrücken. Arnos defizitäre Aggression isolierte ihn immer wieder von der Kindergruppe und dem Spiel.

Psychosomatisches Reagieren in Form von Erbrechen war für Elfi eine Möglichkeit, ihre Gefühle und Bedürfnisse zu äußern. Sie war ein kleines, zartes Persönchen. Morgens kam sie in den Kindergarten, ein riesiges Kopfkissen als „Kuscheltier“ in den Händen, unter dem sie dann wie ein Häufchen verschwand. Streckenweise war sie depressiv, die Möglichkeit zur direkten Kontaktaufnahme fehlte ihr. Die Kindergruppe saß am Tisch und

knetete. Als Elfi mehr Knete wollte, konnte sie nur mit einem beleidigten und vorwurfsvollen Gesicht gucken, ohne sagen zu können, was ihr fehlte. Einmal wurde beim Mittagessen übersehen, ihr einen Becher zum Trinken zu geben, da erbrach sie auf den Tisch. Auch die Gefühle von Wut und Trauer beim Abschied eines Kindes aus der Gruppe konnte sie nur äußern, indem sie sprachlos erbrach.

Das „Auf-den-Tisch-Erbrechen“ ist ein höchst aggressives Geschehen. Die Unfähigkeit von Elfi, ihre eigenen Gefühle der Wut direkt auszudrücken, wurde hier von den Erziehern übernommen, indem sie schimpfend auf sie reagierten. Sie machten ihr Vorhaltungen. Sie hätte es bemerken können, sie hätte sagen sollen, wenn ihr schlecht wird und hätte zur Toilette hinausgehen können, um zu erbrechen. Auffallend war hier, daß die Erzieher die Gefühle von Ärger und Ekel ausdrückten und die Kinder der Gruppe sich nicht daran störten, daß Elfi auf den Tisch und auch in ihren Teller erbrach.

Als wir uns mit dem gesamten Erzieher-Team in der Supervisionsgruppe mit Elfi, ihrem Verhalten und den Gefühlen der Mitarbeiter als Reaktion auf sie beschäftigten, konnten wir verstehen, welche Gefühle in der Familiengruppe durch dieses Agieren ausgedrückt wurden. Denn Elfi erbrach nicht nur im Kindergarten, sondern auch zu Hause bei vielen Gelegenheiten. Wir verstanden, daß Elfi ihre Wut über die Unfähigkeit, ihre Bedürfnisse auszudrücken, delegierte.

An dieser Stelle wird auch die Funktion deutlich, die eine erfahrungsfähige Mitarbeitergruppe für die Entwicklung der Kindergruppe und einzelner Kinder hat, worauf ich später noch im einzelnen näher eingehen werde. Der Psychoanalytische Kindergarten hat keine therapeutische Aufgabe, geht in seiner Arbeit aber über die eines üblichen Kindergartens hinaus. Er unterstützt die Entwicklung des Kindes. Das bedeutet, daß die psychosomatischen, depressiven oder anderen Äußerungen des Kindes verstanden und beantwortet werden.

Auf diesem Verständnishintergrund reagierten die Erzieher nicht mehr auf Elfis Symptomverhalten, sondern halfen ihr, ich-stützend Bedürfnisse anzusprechen. Zum Beispiel wurde jedes Kind der Kindergruppe aufgefordert zu schauen, ob sein Nachbar ausreichend Spielmaterial zu Verfügung hätte. So bekam Elfi, integriert in die Gruppe, Aufmerksamkeit und mußte gleichzeitig auch Anteil an ihrem Nachbarn nehmen. Auffallend war, daß Elfi immer weniger auf ihr „Kommunikationssymptom“ zurückgreifen mußte.

In dem Maße, wie die Mitarbeiter verstehen, was das Kind mit seiner Reaktion ausdrückt und entsprechend darauf antworten, verliert dieses seinen Sinn und kann aufgegeben werden. So fördert der Psychoanalytische Kindergarten, ohne direkt eine therapeutische Aufgabe zu haben, die gesunde Entwicklung des Kindes.

Als ein Praktikant in die Gruppe kam und einmal mit der Kindergruppe allein war, erbrach Elfi wieder auf den Tisch. Hieraus können wir ersehen, daß bei Elfi noch kein durchgehendes ich-strukturelles Wachstum eingetre-

ten war, vergleichbar mit der Situation eines Patienten in psychotherapeutischer Behandlung, der innerhalb einer engen Beziehung zum Therapeuten neue Ich-Funktionen entwickeln kann, die aber noch nicht belastbar sind.

Aus diesem Grund bezeichnet *Günter Ammon* den therapeutischen Prozeß bei archaischen Ich-Krankheiten als „nachholende Ich-Entwicklung“ (1973, 1978a). Die Ich-Entwicklung befindet sich beim Kind in einem Prozeß, und deshalb kann durch die Arbeit des Kindergartens unterstützend in die Entwicklung eingegriffen werden. Strukturelle Defizite, aus denen sich später schwere psychische Erkrankungen entwickeln würden, können hier in statu nascendi erkannt und im Sinne ich-strukturellen Arbeitens (*Gisela Ammon*, 1977) aufgehoben werden.

Eindrucksvoll bei Elfi war, daß sie in Verbindung mit dem vertrauten Erzieher und der vertrauten Kindergruppe durchaus auf dieses Symptom verzichten konnte. Dieser rasche Wechsel im Verhalten zeigt, daß die Ich-Strukturen beim Kind noch wenig fixiert sind. Dies wird auch deutlich während der jährlichen Kindergruppenreisen nach Stelzerreut in ein Bauernhaus im Bayrischen Wald. Fernab von der pathologischen Familiendynamik können wir immer wieder feststellen, daß die Kinder sich plötzlich anders verhalten und neue Rollen in der Kindergruppe einnehmen können. Bei Rückkehr in die Familien greifen die Kinder dann wieder auf alte familiäre Kommunikationsweisen zurück. Dies gilt besonders für die „überanstrengten Kinder“, denen ihre Eltern ein „Schonprogramm“ verabreichen wollen und die mit ihrer fürsorglichen Haltung unbewußt ihrem Kind neue Kontakte und Erfahrungen vorenthalten. Dies sind vor allem die Mütter, die sich um ihre Kinder sorgen, und durch den großen Aufwand, den sie machen, echt an ihren Kindern interessiert scheinen. Oftmals ist es dann schwer zu sehen, was sie wirklich tun und was sie nicht tun. Das Entscheidende ist aber, beides zu sehen und zu verstehen. Erst dann ist eine präventive Kindergartenarbeit möglich, weil sich die Ich-Strukturen des Kindes in einer interpersonellen Interaktion entwickeln und immer von den Ich-Strukturen der erwachsenen Beziehungspersonen mitbestimmt werden.

Der sechsjährige Aljoscha war ein zerbrechlich aussehendes Kind. Auf einem schwächigen, dünnen Körper saß der greisenhaft wirkende Kopf mit großen dunklen Augen und struppig abstehenden Haaren. Er aß fast nichts. Im Kindergarten sauste Aljoscha morgens durch die Gruppenräume und riß wahllos Kinderzeichnungen von den Wänden, er zerstörte Spielzeug und Gruppenspiele. Anfangs bekam Aljoscha regelmäßig beim Essen unbeschreibliche Wutausbrüche. Wenn Aljoscha zu Hause wütend war, wurde er in sein Zimmer geschickt und durfte erst wiederkommen, wenn er wieder „lieb“ war, denn seine Mutter wünschte ein „liebes Kind“, das ihr keine Schwierigkeiten machte und sich reibungs- und bedingungslos in ihren Lebensrhythmus einfügte. Aljoscha bedeutete ihre einzige Hoffnung für das Leben, er war Sinnbild für das, was sie sich selber nicht verschaffen konnte. Andererseits hat sie ihren Sohn wiederholt abrupt verlassen, bzw. völlig frem-

den Situationen ausgeliefert. Im Alter von vier Jahren z.B. wurde Aljoscha für ein 3/4 Jahr ohne Vorbereitung zu fremden Leuten gegeben, während sie sich selbst einer komplizierten Operation unterziehen mußte. Wegen dieses realen Verlassens ihres Sohnes, das sie immer wieder neu in Szene setzte, hatte sie ihm gegenüber große Schuldgefühle, dennoch stellt sie diese Situation zwanghaft immer wieder her. Als Aljoscha im Laufe eines Jahres Kontakt im Kindergarten gefunden, Beziehungen zu Kindern und Erwachsenen entwickelt hatte und in die Gruppe integriert war, nahm sie ihn von heute auf morgen aus dem Kindergarten, ohne daß er, die Erzieher oder die Kindergruppe vorher davon gewußt haben. Ihre enge symbiotische Beziehung zu ihrem Sohn ist gekennzeichnet durch stark destruktive Ambivalenzen von paradiesischem Einssein in einer „heilen“ Welt und abruptem Verlassen. Aljoscha soll der Partner sein, wird dann aber vor ihr ebenso verlassen, wie sie selbst in der Kindheit und in ihrem späteren Leben von zwei Ehemännern verlassen worden ist.

Im Kindergarten wurde Aljoscha nicht mit seiner Wut weggeschickt, sondern er wurde auf den Schoß genommen, weil eine andere Begrenzung nicht möglich war, denn Worte erreichten ihn nicht. Die ziellose Wut, die anfänglich sich unstrukturiert auf den ganzen Kindergarten entlud, wurde jetzt direkt auf die ihn festhaltende Erzieherin gerichtet, die er mit den Füßen und mit den Fäusten auf die Brüste boxte. Dadurch stellte sich die Erzieherin – stellvertretend für die Mutter – zur Auseinandersetzung zur Verfügung. Auf dem Schoß konnte Aljoscha dann zu weinen anfangen, er wurde ein kleines Baby, das sich schließlich auch füttern ließ. Aljoscha lebte zwischen Depression, Psychosomatik und destruktiven Wutausbrüchen, die er einerseits ziel- und wahllos auf seine gesamte Umgebung und andererseits in Form des Symptoms der Anorexia nervosa gegen seinen eigenen Körper richtete. Dieser *circulus vitiosus* konnte im Kindergarten durchbrochen werden, indem die Erzieher weder angepaßte Freundlichkeit forderten, noch ihn mit seiner verzweifelten und existentiellen Wut allein ließen, sondern ihm Grenzen setzten, seine destruktiven Aggressionen dadurch annahmen und ihm die Möglichkeit gaben, sich real mit ihnen auseinanderzusetzen. Durch das Annehmen, Verstehen und auch Begrenzen der destruktiven Aggression konnte hier der Prozeß einer Veränderung eingeleitet werden. Aljoscha konnte direkteren Kontakt zu den Kindern seiner Gruppe aufnehmen und durch diesen Kontakt und die Kommunikation mit den anderen Kindern mehr Befriedigung seiner Bedürfnisse erfahren.

Wenn ein Kind stereotyp bei verschiedenen Erwachsenen dieselben Gefühle auslöst, ist dies ein hochgradiges Alarmsignal. In der Gruppe wird es dann möglich, ein bestimmtes negatives Verhalten zu verstehen und nicht mehr symptomatisch, sondern auf den tieferliegenden Konflikt zu reagieren. Das bedeutet für den psychoanalytischen Erzieher, zeitweilig Ich-Funktionen für ein Kind zu übernehmen, z.B. die Ich-Funktion der Aggression. Die aggressiven Gefühle, die ein Kind mit einer defizitären Ich-Struktur provo-

ziert, können als solche erkannt und bewußt getragen werden, ohne daß eine Hick-Hack-Situation entsteht durch Hilflosigkeit wie in üblichen Kindergärten, wo versucht wird, Aggressionen zu beseitigen. Ob und wie weit nämlich ein Erzieher in der Lage ist, destruktive Aggressionen eines Kindes zu tragen, ist abhängig davon, wie flexibel und tragend seine Gruppe, d.h. das Erzieherteam ist. Proportional der Auseinandersetzungsfähigkeit des Erzieherteams wächst auch die Auseinandersetzungsfähigkeit und Tragfähigkeit des einzelnen Erziehers in der Kindergruppe, ebenso wie die Dynamik der Elterngruppe abhängt von der Dynamik der Supervisionsgruppe der Elternabendeleiter und Erzieher, und die Dynamik der Kindergruppe von dem Geschehen in der Elterngruppe.

Elfi mit ihrer psychosomatischen Reaktion des Erbrechens fordert Aufmerksamkeit und gibt ansatzweise die Möglichkeit, über das Symptom Kontakt mit ihr aufzunehmen. In der depressiven Reaktion hat die umgebende Gruppe, wie bei Arno, keine Möglichkeit, direkt einzugreifen, da zunächst jeder Kontakt abgewehrt wird. Noch mehr Aufmerksamkeit fordert Aljoscha mit seinen destruktiven Wutausbrüchen. Ein adäquates Reagieren und Annehmen dieser Aggressionen übersteigt oft die menschlichen Möglichkeiten eines einzelnen. Inwieweit eine Kontaktaufnahme möglich ist, hängt mit der Schwere der Störung zusammen, das heißt damit, wie stark das verinnerlichte feindselige Liebesobjekt ist. Aus den Therapien schwerkranker Patienten haben wir gelernt, welche Bedeutung eine verinnerlichte, feindselige Gruppendynamik haben kann, daß sie alle Lernprozesse blockiert, Identitätsprozesse verhindert und keine neuen Identifikationen mehr zuläßt. Die Schwere der Krankheit ist nach *Günter Ammon* (1978) auf einem gleitenden Spektrum proportional zum Zeitpunkt der Störung und zum Ausmaß der entwickelten destruktiven Aggression, die bei Psychosomatik und noch viel stärker bei der Depression defizitär geworden ist. Destruktive Aggression bei Kindern wie Kratzen, Kneifen, Schubsen, Schlagen, Spielsachen wegreißen, mit Gegenständen werfen etc. fordert eine direkte Reaktion und gibt somit die Möglichkeit zur direkten Kontaktaufnahme. In Familiengruppen, in denen Aggression tabuisiert ist, kann das Kind keine Auseinandersetzung über seine Bedürfnisse führen. Unterdrückte Bedürfnisse, die nicht verstanden und beantwortet werden, verwandeln sich in destruktive Aggression und führen verschlüsselt zu depressiven und psychosomatischen Reaktionen des Kindes. Somit wird deutlich, daß psychosomatisches und depressives Reagieren defizitäre Wut enthält. Defizitäre Aggression ist geronnene destruktive Aggression, die immer zur Depression und Psychosomatik gehört. Arno konnte sie genauso wenig direkt ausdrücken wie Elfi. Ganz deutlich ist dieser Zusammenhang bei Aljoscha, der, je mehr Sicherheit er im Kindergarten annehmen konnte, diese destruktive Aggression in plötzlichen Wutausbrüchen zeigte. Häufig lösen diese Kinder durch Rückzug und versteckte Aktionen Aggressionen bei den Erwachsenen aus, im Kindergarten also bei den Erziehern. In der Supervisionsgruppe der Erzieher beschäftigen wir uns immer



wieder mit einzelnen Kindern, ihrer Dynamik und den Gegenübertragungsreaktionen der Erzieher. Ohne diese Kontrollarbeit würden sich die Erzieher genauso wie die Eltern verhalten. Durch das Verstehen der Gegenübertragungsreaktion erhielten wir den Schlüssel für die Gefühle von Wut bei den Eltern, die im Kindergarten oft hinter einer betont freundlichen Fassade versteckt werden. Die Unfähigkeit, ihre eigenen Aggressionen auszudrücken, wurde immer wieder den Erziehern und Elternabendeleitern provokatorisch übergeben, die dann stellvertretend für sie selber wütend werden mußten. Auf diesem Wege findet praktisch ein Einstieg in die Dynamik der Familiengruppe statt. Es sind ja die wütenden Gefühle des Erziehers, die wir zu verstehen versuchen, nicht nach moralischen Gesichtspunkten, sondern um das Kind zu verstehen, das diese Gefühle auslöst. Diese wütenden Gefühle dem Kind gegenüber können Eltern ebenso wie Erzieher haben, sie dürfen sie sich aber oft nicht eingestehen, so daß das Erleben des Erziehers bedeutsame Anstöße in die Elternarbeit trägt und eingefrorene Konflikte toter Ehen wieder in Bewegung bringt.

So oder umgekehrt stellt sich bei destruktiven Aggressionen der Eltern beim Elternabend die Frage, wie diese Aggressionen zustande kommen und ob es sich um delegierte Aggressionen handelt. Es ist z.B. möglich, daß ein Elternabendleiter, wenn er unfähig ist, Aggressionen zu äußern oder mit Aggressionen zu arbeiten, unbewußt einzelne Eltern zu Prügelknaben macht und die Eltern dazu bringt, die Aggressionen auszudrücken, die er selber nicht ausdrücken kann.

Psychosomatik, Depression und plötzliche Äußerungen destruktiver Aggression sind Symptome archaischer Defizite, die wir bei erwachsenen Patienten finden, deren Familien auf ihre Bedürfnisse in der Kindheit nicht adäquat reagierten und ihr Agieren nicht verstehen konnten. Im Psychoanalytischen Kindergarten finden wir dieses Agieren, das aber nicht verfestigt und in der Erscheinungsform flexibler ist als ein späteres Symptom im Erwachsenenalter. Die Forschung im Bereich der Psychoanalytischen Kindergärten gibt Aufschluß über die verschiedenen Familienkonstellationen und deren Dynamik. Gemeinsam bei allen drei Krankheitsbildern ist, daß die Kinder von ihren Eltern emotional verlassen worden sind. Wenn ein Kontakt zustande kam, riß er sofort wieder ab. Die Kinder leben erstarrt in der Phantasie von einem Kontakt, der nicht da ist und nie da war. Die Mutter ist psychisch für das Kind nicht existent.

Arnos Mutter war nicht in der Lage, ihm Gefühle zu geben und Grenzen zu setzen. Der Kontakt zur Mutter lief schematisch und oberflächlich ab, obwohl die Mutter ihn täglich in den Kindergarten brachte und wieder abholte. Sie nannte ihn „mein Schätzchen“ und Arno mußte ihr Küßchen geben. Wenn die Mutter ihn mit affektierter Stimme anspricht, läßt er den Kopf hängen, zieht seine Mütze tiefer ins Gesicht und tut so, als hätte er nichts gehört. Geht sie dann ohne sich zu verabschieden, ist er unfähig, Wut zu zeigen. Er schluckt alles passiv oder weint höchstens heimlich in einer Ecke. Der Vater

hat zu ihm ein mehr kumpelhaftes Verhältnis, wo es gemeinsame Ebenen von Fußball und Basteln gibt. Aber auch der Vater setzt sich nicht mit dem Sohn als ganze Person auseinander und übernimmt keine Verantwortung für ihn.

Bei Elfi, die ich anfangs mit dem Symptom des Erbrechen erwähnt habe – sie litt zeitweise auch an Symptomen von Hautirritationen, Obstipation und Erkältungen – sah die Familiendynamik folgendermaßen aus: eine dominante, von ihren Gefühlen abgespaltene, verhärmte, überanstrengte Mutter und ein Vater, oberflächlich freundlich – fast stereotyp lächelnd. Dann aber reizte er die Kinder, wenn er wütend auf sie war, mit aggressiven Sticheleien, bis die Kinder verzweifelt und verlassen schrien, manchmal schlug er sie auch in einem Anfall von Jähzorn. Es bestehen Pseudo-Kontakte in der Familie: die Mutter kann sich den Kindern nur über deren Krankheit zuwenden, der Vater nur abgespalten über Bauen und Basteln. Eigentlich ist auch der Vater ein Kind der Mutter und rivalisiert mit seinen beiden Kindern. Die Familiendynamik ist gekennzeichnet durch die Angst vor gegenseitigem Verlassenwerden. Elfi ist in der Familie besonders Prellbock für die nicht ausgetragene Auseinandersetzung der Eltern. Die Familie wird nur durch die ambivalent-symbiotische Beziehung zusammengehalten. Durch die offene gegenseitige Rivalität können die Eltern nicht tolerieren, wenn ein Elternteil Kontakt zu einem Kind aufnimmt. Der andere muß diesen dann sofort zerstören. Auf der Basis ihrer eigenen Kontaktunfähigkeit können sie keinen Kontakt zu anderen Menschen zulassen, weil jeder das Kind für seine eigenen Bedürfnisse braucht.

Die fehlende Auseinandersetzung ist ebenfalls ein Charakteristikum für alle drei Familien. Aber während in Elfis Familie die Eltern noch um sie rivalisieren, geht die Rivalität der Eltern um Arno praktisch „über ihn hinweg“. Entsprechend reagiert Arno. Er überhörte einfach alle Forderungen und Mitteilungen der Eltern. Verlor die Mutter dann die Geduld und brüllte ihn an, nahm der Vater Kontakt zu dem weinenden Arno auf, die Mutter zog sich zurück. Wurde der Vater aggressiv, schaltete die Mutter sich ein. So war Arno ständigem Objektverlust und Kontaktabbruch ausgesetzt. Genau dieses Verhalten wiederholte er auch im Kindergarten mit Josephine. Ihre ambivalent-symbiotische Beziehung setzte Aljoschas Mutter dadurch in Szene, indem sie mit jedem um Aljoscha rivalisierte. Sie konnte nicht gestatten, daß Aljoscha Beziehungen zu anderen Menschen aufnahm; sie selbst verließ ihn jedoch immer wieder abrupt. In der Symbiose mit Aljoscha erfuhr sie ein Identitätsgefühl. Sie gestattete sich wenig, lebte für Aljoscha, wollte für ihn sorgen. Sie hatte Angst, eine schlechte Mutter zu sein, weil ihr dann ihr Lebensinhalt genommen wäre. Aufgrund dieser engen gegenseitigen Hilfsbedürftigkeit konnten sich beide nicht auseinandersetzen. Sie setzte zu wenig Grenzen, Aljoscha verführte sie ständig, gegenseitige Wut und Aggression wurde agiert oder sie grenzte sich mit starrer Reglementierung ab. Ihre starre soziale Anpassung drückte sich darin aus, daß sie einem kleinen Freund ihres Sohnes außerhalb des Kindergartens keine Gelegenheit zu Besuchen und

Spiel gab, da die Familie ihren sozialen Vorstellungen nicht entsprach. Sie ignorierte, daß diese freundschaftliche Beziehung für ihren Sohn eine Bedeutung hatte. Ein anderer Ausdruck dafür ist auch, daß sie Aljoscha in dem Moment aus dem Kindergarten nahm, wo er dort Beziehungen aufgebaut hatte.

Das Kind, das sich in seiner ganzen Person nicht angenommen fühlt, sondern für bestimmte Bedürfnisse der Eltern mißbraucht wird, reagiert darauf mit destruktiver Aggression. Die Aggression gehört zu einem Bereich des Kindes, den die Eltern nicht akzeptieren wollen, den sie verneinen oder unterdrücken. Auch diesen Aspekt finden wir bei allen drei Familien. Oft stehen die Eltern den Aggressionen des Kindes hilflos gegenüber und versuchen, diese mit Geschenken zuzudecken. Die Hilflosigkeit von Aljoschas Mutter, sich mit den destruktiven Aggressionen ihres Sohnes auseinanderzusetzen, entsprach ihrer eigenen Unfähigkeit, sich überhaupt auseinanderzusetzen. So ließ sie sich auf dem Stundenplan ihrer Arbeitsstelle herumschieben, ohne sich im Interesse von Aljoscha zu wehren, der dadurch oft zwölf Stunden allein zu Hause bleiben mußte. Sie gab ihm nicht die Möglichkeit, Wut und Trauer darüber zu äußern. Aggressionen zeigten sich in ihrem oft gefährlichen Autofahren, in ihren depressiven Zuständen und ihrem tagelangen Weinen, wenn sie sich allein fühlte. Sie selbst kam immer wieder in Situationen, wo sie ausgenutzt wurde. Ihre Ich-Abgrenzung war hochgradig gestört. Eine verwandte Struktur hatte Aljoscha. Er hatte sehr wenig Frustrationstoleranz, Enttäuschung verleugnete er völlig, d.h. er spaltete alle Wut ab. Er suchte direkte, konkretistische Wunscherfüllungen, die er dann oft ritualisierte, war unflexibel in seiner Ich-Regulation. Angst konnte er wenig aushalten, er reagierte mit ängstlichem Anklammern oder mit Rückzugsverhalten. Körperkontakt ließ er nur ambivalent zu. Seine Führungsposition in der Gruppe war vornehmlich dadurch bestimmt, daß – wie im Soziogramm deutlich wurde – alle Kinder glaubten, daß Aljoscha sie gerne mag. Wie bei seiner Mutter war die Aggression defizitär, die zu beobachtenden Aggressionsdurchbrüche bestätigten seine Gehemmtheit.

Hier zeigt sich deutlich, was wir immer wieder feststellen können, nämlich wie die Ich-Struktur der Aggression der Eltern der ihrer Kinder entspricht. Wo die Mutter von Aljoscha ich-strukturelle Defizite aufwies, zeigte auch Aljoscha in seinem Verhalten gestörte Ich-Funktionen. Das Aggressionsverbot in diesen Familien führt zur Unfähigkeit konstruktiver aggressiver Auseinandersetzung und Abgrenzung. Destruktive Familien zeichnen sich durch Unzuverlässigkeit der elterlichen Beziehungen aus. Die depressiv und psychosomatisch machenden Familien halten gewissermaßen eine Linie kontinuierlich durch. Sie sind trotz der Deformation der zentralen Ich-Struktur der Aggression äußerlich verlässlicher.

Auch Arnos Familie besitzt eine fassadenhaft freundliche Kommunikation, die jedoch nur in Teilbereichen stattfindet und die Unfähigkeit der Eltern, sich auseinanderzusetzen, verdeckt. Das Kind wird in Teilbereichen an-

genommen, in einer bestimmten Funktion für die Eltern, wie ich bereits ausgeführt habe. Die Familiengruppe verfügt insgesamt über defizitär ausgebildete Aggression.

Elfis Mutter ist nicht in der Lage, dem Kind die notwendige narzißtische Zuwendung in Form von Liebe und Verständnis zu geben; es ist ihr jedoch möglich, dies unter der Bedingung zu geben, daß ihr Kind krank ist. Nach *Günter Ammon* sind bei psychosomatisch Kranken vorwiegend die zentralen Ich-Funktionen der Aggression, des Körper-Ich, der Identität, der Angst und der Ich-Abgrenzung nach innen und außen gestört. (*Ammon* 1974, 1978b). Die defizitäre Entwicklung des Körper-Ich verweist auf eine pathologische Überkompensation der Mutter-Kind-Beziehung im Körperbereich wie sie von *Günter Ammon* (1974) beschrieben wurde. Anders als bei schweren Depressionen, wo die Mutter auch in der Pubertät noch das Kind verstößt und wegschickt, sich also auch leichter von ihm trennen kann, haben psychosomatisch krank-machende Mütter auch im späteren Lebensalter noch ständig depressiv-saugende Besitzansprüche an ihre Kinder und teilen ihnen unbewußt mit, daß sie ohne die Fürsorge der Mutter nicht leben können.

Allen drei Familien ist eine freundliche Fassade gemeinsam. Die Fassade verantwortungsfreudiger und freundlicher Anpassung ist jedoch unecht und verbirgt das tiefe narzißtische und aggressive Defizit. Die Kommunikation dieser Mütter mit dem Kind ist auf psychischer Ebene undifferenziert hinsichtlich der aktuellen Bedürfnisse des kleinen Kindes. Die Ich-Funktionen des Narzißmus wie auch der konstruktiven Aggression sind defizitär. Bei Aljoschas Mutter wird dies in ihrem „Helfer-Syndrom“ ausgedrückt. Arnos Eltern hatten eine Fassadäre, kumpelhafte Beziehung zueinander, der Versuch von Auseinandersetzung endete immer mit Kontaktabbruch beiderseits und Arno stand dazwischen. Diese defizitäre, in starren Rollen festgelegte Primärgruppensdynamik stellte Arnos psychische Realität dar, die er anfänglich im Kindergarten in Szene setzte durch heftiges Nuckeln, Lustlosigkeit und ein übermäßiges Schlafbedürfnis.

Auch die Fassade der Familie von Elfi ist die der Freundlichkeit, Fürsorglichkeit und Liebe dem Kind gegenüber. Die Eltern konnten sich, während ihr Sohn mit seiner Kindergruppe verweist war, nicht an die Abmachung der Elterngruppe halten, nur eine bestimmte Anzahl Briefe und Päckchen zu schicken. So bekam dieses Kind jeden zweiten Tag ein Päckchen und jeden Tag diverse Karten und Briefe, die es aus der Kindergruppe herausriss und sich nur noch mit den Vorgängen zu Hause beschäftigen ließ. Hinter der fürsorglichen Fassade wird auch hier das Kontaktverbot offensichtlich, das die Eltern aufgrund eigener unbewußter Ängste errichteten. Einerseits wird ein Kontakt verhindert, andererseits verbal aber immer wieder beteuert, wie sehr sie wünschen, daß ihr Kind Kontakt und Freunde hat.

Alle drei Familien sind Fassadär, was sich jedoch in Bezug auf die vorherrschende Symptomatik spezifizieren läßt. Während bei Aljoschas Mutter die

Fassade brüchig war und ihr chaotisches Leben dahinter deutlich wurde, war die Familie von Arno erstickend gleichförmig, Fehler kamen nicht vor, es geschah allerdings auch sonst nichts. In der Familie herrschte eine starre Rolleneinteilung. Arno war der Träger von Depression und Kontaktabwehr. Bei ihm stand die Depression im Vordergrund im Wechsel mit Erkältungskrankheiten. Arnos kleine Schwester hielt ihre Eltern zusätzlich zu ihren vielen Verstimmungen und psychosomatischen Reaktionen in Gang, indem sie, wenn ihren Wünschen nicht entsprochen wurde, so heftig schrie, daß sie ohnmächtig wurde. Der Vater, der sich als einziger durchzusetzen verstand, vertrat die Rolle der Fassaden Gesundheitspartei. Bei der Mutter und der jüngeren Tochter standen psychosomatische Reaktionen wie Kopfschmerzen und Magen-Darm-Symptomatik im Vordergrund, die mit depressiven Symptomen und lustlosem und inaktivem Verhalten wechselten.

Die Familie von Elfi hatte eine freundliche Fassade und war relativ aufgeschlossen. Sie kamen in den Kindergarten mit dem Wunsch, Veränderung zu erfahren unter dem Druck der psychosomatischen Reaktion ihres Kindes, ohne sie jedoch allein verändern zu können.

Aljoschas Mutter hingegen kam über eine Beratungsstelle zu uns, da ihr Sohn in einem normalen Kindergarten nicht mehr tragbar war. Sie projizierte auch in der Elterngruppe alle Probleme auf ihr Kind und zog sich damit den Zorn der Elterngruppe zu.

Die Familie von Arno war über einen Arbeitskollegen des Vaters gekommen, der sein Kind im Psychoanalytischen Kindergarten hatte. Diese Familie erhoffte sich von uns primär eine gute Kinderbetreuung, so daß die Mutter wieder schuldgefühlfrei arbeiten gehen konnte.

In den drei beschriebenen Familiengruppen sollten die Kinder die Rolle des erwachsenen, idealen und schützenden Partners für die Mütter spielen. Die Eltern erwarteten von ihren Kindern, was sie selbst in ihrem Leben an Zuwendung nicht bekommen hatten. Es handelt sich um Eltern, die in ihrer eigenen Kindheit keine gütige warme Zuwendung bekommen hatten und darum keine Liebe geben konnten, weder dem Partner, noch den Kindern.

In der Elternarbeit liegt die Bedeutung für eine gelingende psychoanalytische Kinderarbeit. Die Ich-Strukturen der Kinder befinden sich in einem Entwicklungsprozeß, erst das unveränderte Einwirken der Eltern auf die Kinder führt zu Fixierungen. Das bedeutet, daß es unausweichlich ist, mit den Eltern zu arbeiten, um eine Arretierung in der Ich-Entwicklung der Kinder zu vermeiden.

Die Bedeutung der prophylaktischen Arbeit der Psychoanalytischen Kindergärten liegt darin, die enge, erstarrte Kleinfamiliensituation zu durchbrechen, Fixierungen sichtbar und damit verstehbar und veränderbar zu machen. Jedem einzelnen Kind und jedem Elternteil wird damit ein Forum geschaffen, seine Gefühle öffentlich zu machen, im Rahmen einer verstehenden kreativen Gruppe wieder in eine Auseinandersetzung über die eigenen Wünsche und Bedürfnisse zu treten.

Die über Depression und Psychosomatik im Kindesalter vorhandene Literatur bleibt überwiegend auf der Ebene der Phänomenologie stehen. Die sog. Objektschule erwies sich für unsere Arbeit nicht als hilfreich. *M. Klein* (1932) nimmt eine depressive Position in der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres an, die der paranoid-schizophrenen Position der ersten Lebensmonate folgt. Bei fortschreitender Organisation wird das Ich fähig, Objekte ganz zu erfassen und zu introjizieren und drückt das Bedürfnis zur Wiederherstellung der beschädigten und zerstückelten Objekte der paranoid-schizophrenen Position aus, in der das Kind nur Teilobjekte wahrnimmt. Mit der Introjektion der ganzen Objekte tritt die Angst vor dem Verlust des Liebesobjektes und als Folge der Identifikation auch die Angst vor dem Verlust des Selbst ein.

Obwohl wir *Melanie Klein* auch als ich-psychologische Vorläuferin verstehen und ihre Verdienste würdigen, muß ich hier eine Abgrenzung zur Berliner Schule vornehmen. Sie verlegt die „guten“ und „bösen“ Objekte ausschließlich in das Kind. Die Mutter, bzw. die frühen Objekte der Kindheit spielen nach *Melanie Klein* in ihrer Qualität keine Rolle für die Entwicklung des Kindes. In ihrem Konzept taucht die Primärgruppe nicht auf, so als wenn diese keine Bedeutung für die Entwicklung des Kindes hätte. Nach dem Konzept *Günter Ammons* spielt nicht nur die Primärgruppe eine zentrale Rolle, sondern ihre verinnerlichte Gesamtdynamik. Die Berliner Schule ist keine Objektschule, wir kennen nur Subjekte. Im Gegensatz zu der Starrheit und Rigidität, die bei *Melanie Klein* zum Ausdruck kommt, unterstreichen wir die Bedeutung und die dynamische Veränderbarkeit der Ich-Struktur, die im Fluß und lebendig ist.

Die Begründung von *Melanie Kleins* Theorie im *Freudschen* Todestrieb-Konzept zeichnet sich dadurch aus, daß sie vom Säugling wahrgenommene Teilobjekte nicht als gegebene Realität versteht, sondern als „sadistisch-zerstückelndes“ Triebgeschehen interpretiert. Körperliche Krankheiten (*Melanie Klein*, 1932), besonders Erkältungskrankheiten versteht sie als psychogen bedingt und als Ausdruck von Angst und Schuldgefühlen.

Auch die Arbeit von *Poznanski* und *Zrull* (1970) über „Childhood Depression“ gibt keine neuen aufschlußreichen Erkenntnisse über ursächliche Faktoren. Die Autoren untersuchten 14 Kinder, die unter Depression litten und sprechen von „affektiver Depression“, die sich überwiegend in Verhaltensstörungen, Schulschwierigkeiten, psychosomatischen Störungen, Eß- und Schlafstörungen äußert. Die Autoren stellten bei diesen Kindern häufig ein negatives Selbstbild fest, wie das Gefühl, böse zu sein, dumm zu sein und sich ständig abgelehnt und mißverstanden zu fühlen. Zwölf der untersuchten Kinder zeigten offene Aggressionen. Die Autoren fanden, daß Aggressionen der Vermeidung von Depressionen dienten. In den Familiengruppen wurden drei vorherrschende pathologische Familienstrukturen beobachtet.

1. Depression der Eltern

2. Schwierigkeiten im Umgang mit Aggression und Feindseligkeit

3. Verlust eines Elternteiles oder wichtiger Bezugspersonen im frühen Alter bzw. Ablehnung des Kindes durch die Eltern, z.B. wurden andere Geschwister vorgezogen oder das depressive Kind zum Sündenbock gemacht.

Auffallend ist, daß die Autoren die Familien zwar beobachten, aber nur phänomenologische Einzelbeschreibungen erstellen, ohne die Gesamtfamiliendynamik zu erfassen, bzw. mit dem Krankheitsbild des Kindes in Beziehung zu setzen. Auch die Symptome wurden ausschließlich deskriptiv erfaßt und nicht in ihrer Bedeutung hinterfragt. Die Art und Weise dieser Untersuchung führt weder zu theoretischen Erkenntnissen, noch bietet sie Ansatzpunkte für praktisches Verständnis und für die Behandlung depressiver Kinder.

*Malmquist* (1971) aus der Minnesota Medical School bezeichnet für das Verständnis der Symptomatik vor allem die Eltern-Kind-Beziehung und die emotionale Position des Kindes als wichtig. Wie die Mutter auf die ersten Stufen der Individuation reagiert, ob sie das Weggehen und das Zurückkommen des Kindes unterstützt, ist nach *Malmquist* bedeutungsvoll für das Erleben einer Konstanz des Objektes.

Wenn das Kind in seiner frühen Kindheit keine Zuwendung bekommt, die ihm selbst gilt, sondern wenn es in die Konflikte der Eltern mit einbezogen wird, erlebt es eine Einsamkeit und eine Ablehnung seiner Person, die die Entwicklung eines Selbstwertgefühls verhindern. Damit werden die Objektgrenzen verwischt und das Kind ist gezwungen, sich vollständig anzupassen, um Zuwendung zu bekommen.

In den Familien depressiver Kinder findet sich oft ein Erwachsener, der periodisch depressiv reagiert, was das Kind als Verlust erlebt. Daneben wird das Kind in diesen Familien oft als Instrument benutzt, mit dem die Eltern Anerkennung von der umgebenden größeren Gruppe erhalten wollen. Das Kind steht oft in einem Konflikt zwischen den Eltern und dem Neid der Geschwister aufgrund seiner „Lieblingskind“-Position. Es muß einerseits Erfolg haben und zum anderen „sein Licht unter den Scheffel stellen“, um die Zuneigung der Geschwister oder der Gleichaltrigen zu erreichen.

Oft ist der Vater in diesen Familien erfolglos, aber mit der stärksten affektiven Beziehung zu dem Kind. Das Kind muß wetteifern, „das Banner der Familie tragen“, wie *Malmquist* sagt, erlebt aber auch die Gefahr der Einsamkeit. Ein so aufgewachsenes Kind reagiert, um der Gefahr zu entgehen und aus Angst vor seiner Aggression, durch Anpassung. Wir können die Erfahrungen von *Malmquist* bestätigen, sie stimmen mit unseren Beobachtungen überein.

*Minuchin* et al. (1975) messen dem gruppensystemischen Aspekt eine noch größere Bedeutung bei. Sie weisen darauf hin, daß das Symptom psychosomatisch kranker Kinder für die Homöostase der Familie von essentieller Bedeutung ist und behandeln deshalb folgerichtig das kranke Kind zusammen mit seiner Familie. Charakteristisch für psychosomatisch krankmachende

Familien sind eine fehlende Abgrenzung der einzelnen Familienmitglieder untereinander, Überprotektion, Starrheit und fehlende Konfliktlösung. Das kranke Kind spielt eine wichtige Rolle in der Strategie der Familie, Konflikte zu vermeiden.

Bei diesem Modell bleibt der strukturelle Aspekt mit seinen therapeutischen Implikationen außer Betracht, denn ursächlich für die Störung verantwortlich sind bei *Minuchin* et al. ungelöste Konflikte in der Familie.

Unsere Erfahrungen zusammenfassend können wir sagen:

1. Die Ich-Strukturen im frühen Kindesalter sind noch nicht festgelegt, sie stehen in interpersonellem Zusammenhang mit der umgebenden Familiengruppe beziehungsweise mit der Kindergartengruppe.
2. Das Wesentliche der krankmachenden Familie ist die eingeschränkte Liebes- und Auseinandersetzungsfähigkeit.
3. Die psychosomatisch krankmachende Familie kann nur dem kranken Körper des Kindes Zuwendung geben.
4. Familiengruppen mit defizitärer und destruktiver Kommunikation lassen ihre Kinder sehr früh emotional im Stich. Es werden nur Teilaspekte angenommen. Die Kommunikation ist undifferenziert hinsichtlich aktueller Bedürfnisse des Kindes. Die Ich-Funktion der Aggression, der Ich-Abgrenzung, des Narzißmus und das Körper-Ich sind defizitär gestört.

Die Bedeutung der prophylaktischen Arbeit von Psychoanalytischen Kindergärten liegt in der Erfassung von Struktur, Psychogenese und Gruppendynamik der Kleinfamilie sowohl in ihren konstruktiven als auch defizitären Aspekten und bildet die Grundlage für eine differenzierte Prävention psychischer Störungen. Psychoanalytische Kindergärten stellen für Eltern und Kinder in der heutigen Zeit somit einen notwendigen und ergänzenden Entwicklungsrahmen bereit.

### *The Shift from Depressive to Psychosomatic Reactions in Early Childhood*

Gisela Ammon

The first Psychoanalytic Kindergarden was founded more than ten years ago in Berlin. The author observed during this time 500 children aged 2 to 6; the alternation between depressive and psychosomatic reaction were predominant. The research methods included direct observation, sociometrical diagnostics, the ego-structure-test of *Ammon*, questionnaires, video-recording, reports by parents and kindergarden-teachers.

In the genesis of mental illness the ego-function of constructive aggression is the focus of the author's investigation. The ego-function of constructive aggression is deficitary in patients with psychosomatic and depressive reac-



tions, e.g. these patients are not able to express their aggression adequately, deny it or direct it against their own body. This dynamic is demonstrated by three case studies.

The development of mental disease can be watched in *statu nascendi*, because the kindergarden is the place to rule out even the beginning of these diseases. In inter-personal interaction the child develops his ego-structures and to a far extent, this process is determined by the ego-structures of his surrounding group. The groupdynamic work with the parents holds a central position in prevention: continuing parents' groups run parallel to the children's groups. Working with the kindergarden-teachers they understand not just react upon the children's symptoms but try to understand the underlying conflict. Symptoms can vanish by understanding destructive aggression for other fundamental emotional needs. The capability of confrontation within the team of the kindergarden-teachers is reflected in the growing capacity and stability of confrontation in the children's group and – as a result – of retrieving ego-maturation.

The author give a comprehensive description of the family dynamics: the children come from families which are fassaded well but without any ability for real emotions; they have to express and live the specific needs of their parents and to endure the tense family atmosphere. Often, the family is tied together in an ambivalent-symbiotic relationship; open rivalry for contact with the children cannot be tolerated by either parent. Children of these families feel exploited by the specific needs of their parents and react with destructive aggression, i.e. in this case, with psychosomatic and depressive reaction.

In this point the central position of working with the parents becomes evident for prevention: the ego-structures of the children are in a developmental process and the unaltered behavior of the parents entails fixation of these processes. Thus, only an intensive working-through with the parents prevents stagnation in the development of the children.

The author concludes with a discussion of the work of *Klein, Poznanski, and Thrull, Malmquist, Minuchin* and others; her criterium is an integrating concept of the groupdynamic aspect (especially the nuclear family), of the ego-structures of the child and of the resulting symptoms in the sense of a genetic derivation beyond a more phenomenological analysis.

The author summarizes:

(1) In early childhood the ego-structures are not yet determined. They are bedded into an interpersonal context of the surrounding family and the kindergarden group.

(2) The family that produces illness is characterized by reduced ability for love and confrontation.

(3) The family that produces psychosomatic illness gives attention and care only to the sick body of the child.

(4) Families with deficitary or destructive communication neglect their children emotionally in a very early phase: the child is accepted only partially.

Communication about the actual needs of the child is undifferentiated. The ego-functions of aggression, of ego-demarcation, narcissism and body-ego show deficitary disturbances.

The significance of prophylaxis through Psychoanalytic Kindergartens consists of listing structure, psychogenesis and groupdynamics of the nuclear family in both their constructive and destructive aspects as a basis for a differentiated prevention of mental disturbances. Thus, Psychoanalytic Kindergartens offer parents and children of today a necessary and supplementary frame for development.

### *Literatur*

- Ammon, Gisela* (1970): Handhabung von Sexualität und Aggression im Psychoanalytischen Kindergarten. – Zur Frustrationsregulation in der Vorlatenz. (Unveröffentlichter Vortrag, gehalten auf dem II. Int. Symposium der DAP in Paestum/Salerno)
- (1973): Vorstufen psychosomatischer Erkrankungen. In: *Dyn. Psychiat.*, (6) 11-32
- (1978): Die Rolle der Prävention im kindlichen Spiel – Psychoanalytische Kindergärten innerhalb der Dynamischen Psychiatrie. In: *Dyn. Psychiat.*, (11) 174-190
- Ammon, Günter* (1973): *Dynamische Psychiatrie* (Darmstadt-Neuwied: Luchterhand)
- (1974): *Psychoanalyse und Psychosomatik* (München: Piper)
- (1978a): Das Verständnis eines Entwicklungsdefizits von Ich-Strukturen in Persönlichkeit und umgebender Gruppe als Grundlage für Wissenschaft und Praxis einer Dynamischen Psychiatrie In: *Dyn. Psychiat.* (11) 120-140
- (1978b): Das ich-strukturelle und gruppensdynamische Prinzip bei Depression und psychosomatischer Erkrankung. Vortrag gehalten auf dem X. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), 8.-12. Okt. 1978, Kongreßhalle Berlin
- Klein, M.* (1932): *Die Psychoanalyse des Kindes*. (München, Basel: Reinhardt, 1971)
- Malmquist, C.P.* (1971): Depressions in Childhood and Adolescence. In *New England Journal of Medicine* (284) 887-893, 955-961
- Minuchin, S., et al.* (1975): A Conceptual Model of Psychosomatic Illness in Children. In: *Arch. of Gen. Psychiat.* (32)
- Poznanski, E.; Zrull, J.P.* (1970): Childhood Depression. Clinical Characteristics of Overtly Depressed Children. In: *Archives of General Psychiatry* (23)

Adresse der Autorin:

Gisela Ammon  
 Prinz-Friedrich-Leopold-Str. 21  
 1000 Berlin 38

# Wechsel und Beziehung zwischen psychosomatischer Erkrankung und Depression aus individualpsychologischer Sicht\*\*\*

Erwin Ringel\* und Peter Gathmann\*\*

Die Autoren untersuchen in ihrer Arbeit psychosomatische Erkrankung und Depression vom Standpunkt der Individualpsychologie als wechselnde Ausdrucksformen frühestkindlicher Schädigung. Die in der Schulpsychiatrie als sog. „endogene“ Depressionen bezeichneten Krankheitsbilder erhellen sie auf psychologische und psychodynamische Hintergründe hin. Die somatischen Momente der sog. „endogenen“ Depression fordern den Vergleich mit den psychosomatischen Erkrankungen heraus. Die These, daß die sog. „endogene“ Depression eine psychosomatische Erkrankung ist, wird durch die Herausarbeitung der beiden Krankheitsformen zugrunde liegenden psychodynamischen Grundkonstellation belegt. Die Mutter vermag nicht-sensibel die Bedürfnissignalisierung ihres Kindes aufzugreifen und die Bedürfnisse des Säuglings zu befriedigen, sondern reagiert inadäquat auf die Säuglingssignale und zwingt das Kind weiter zum Sprechen über das Organ oder Organsystem. Das führt beim Kind zu Gefühlen der Einengung und Entmutigung, die eine grundsätzliche Störung des Selbstwertgefühls bedingen. Von dieser Sicht her zeigen die Autoren den Weg zu einer individualpsychologischen Therapie der Depression und Psychosomatik auf.

Interessant an dieser Arbeit ist das Verständnis von individualpsychologischer Therapie. Psychotherapeutische Partnerschaft soll Lerndefizite auffüllen, sowohl mit verbalen als auch mit averbalen Methoden, aufgrund frühestkindlicher Schädigung. Alle Forschungen auf psychosomatischem Gebiet (vgl. auch die anderen Arbeiten dieses Heftes) nähern sich der Auffassung, daß reale frühkindliche Schädigungen in der Mutter-Kind-Beziehung psychosomatische Störungen hervorrufen. Das Verständnis der psychosomatischen Erkrankung als einer „archaischen Ich-Krankheit“ (Ammon) läßt sich über verschiedene Schulen hinweg verfolgen.

Um zu einem semantischen Konsens zu gelangen: Was ist eine psychosomatische Erkrankung? Eine somatisierte Neurose, deren Entstehung in der Wirkung chronischer, unbewußter Emotionen zu suchen ist. Wir unterscheiden bei psychosomatischen Manifestationen drei Stufen zunehmender Schädigung:

1. eine Organfunktionsstörung ohne nachweisbare Organsubstratveränderung
2. ein nachweisbarer, aber reversibler pathologischer Organbefund
3. ein irreversibler pathologischer Organbefund.

Es besteht ein Konnex zur Psychiatrie über die Tiefenpsychologie mit dem Unbewußten sowie über die Depression. Der Konnex zur Neurologie be-

\* Prof Dr. med., Ehrenpräsident der Internationalen Vereinigung für Selbstmordprophylaxe, Leiter der Psychosomatischen Abteilung der Psychiatrischen Universitätsklinik Wien

\*\* Dr. med., Oberarzt an der Psychosomatischen Abteilung der Psychiatrischen Universitätsklinik Wien

\*\*\* Vortrag gehalten auf dem X. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), Psychosomatische Erkrankung und Depression, 8.-12. Oktober 1978, Kongreßhalle Berlin

steht im nervösen Schaltsubstrat oben genannter chronisch unbewußter Emotionen: das vegetative Nervensystem. Konnex zur Somatik: das körperliche Substrat, das somatische Symptom („Organminderwertigkeit“).

In der Entstehung handelt es sich bei den psychosomatischen Erkrankungen hauptsächlich, aber nicht ausschließlich (es gibt auch eine psychosomatische Erstmanifestation bei Erwachsenen ohne frühkindliche Manifestation) um Folgen frühestkindlicher Störung der Mutter-Säugling-Beziehung. Bis jetzt bewegen wir uns noch auf sicherem Boden. Mit der Beobachtung des ersten psychosomatischen Reaktionsmusters (jene körperliche Reaktion, die als kindliche Erstmanifestation objektiviert ist) sind wir noch in dem für Wissenschaftler so erwünschten Reproduzierbarkeitsfeld. Der Pädiater kann die Störung feststellen, und, falls er psychosomatisch infiziert ist, einen Zusammenhang zwischen körperlicher Störung des Kindes und pathogenetischen familiären Kommunikationsstrukturen herstellen. Wie ist es aber um die Beobachtbarkeit der Depression beim Säugling bestellt? Kann er das schon, depressiv sein? Gibt es ein erstes depressives psychosomatisches Reaktionsmuster?

Wir beobachten in unserer psychosomatischen Abteilung stets von neuem sowohl ein Alternieren, ein Nacheinander, wie auch eine Gleichzeitigkeit psychosomatischer Symptomatik und depressiver Verstimmung. *Cermak, Grünberger, Stacher* bestätigten bei 37 Patienten unserer Abteilung die Beobachtung, daß Patienten mit organischer Läsion häufiger einen phasenhaften, solche mit nur funktionellen Störungen einen nichtphasenhaften Krankheitsverlauf hatten. Auch im Familienkreis psychosomatisch Erkrankter finden sich gehäuft Depressionen. Auch ist bemerkenswert, daß die Gabe von Antidepressiva bei psychosomatischen Manifestationen zu bisweilen schlagartigen Erfolgen führt. Auch wir haben nach Gabe von Antidepressiva bei einer Gruppe von Colon irritabile-Patienten eine Heilungsquote von fast 95 % gesehen. Es geht uns im folgenden darum, mögliche Gesetzmäßigkeiten, falls vorhanden, im Wechsel und Beziehung zwischen psychosomatischen Erkrankungen und Depression zu analysieren. Weiter möchten wir untersuchen, welcher Art die bei psychosomatischen Erkrankungen auftretenden Depressionen sind. Wenn wir in Depressionen Zustände trauriger Verstimmtheit beschreiben, müssen wir uns eingestehen, daß bei vielen Depressionen die Traurigkeit als Merkmal fehlt. Nicht fehlt jedoch das Erleben einer gewissen „Lustlosigkeit“ oder „Interesselosigkeit“, das neuropsychologisch als Blockung des „Belohnungssystems“ dem positiven Verstärkersystem oder rewarding-system gegenüber steht. (Ich verwende diesen lerntheoretischen Ausdruck ohne mich vom tiefenpsychologischen Konzept entfernen zu müssen, wie ich gleich am *Adler*'schen Entmutigungsbegriff zeigen werde.) Außer der Lustlosigkeit oder Genußunfähigkeit als Befindlichkeitsstörung ist weiter der Antrieb im Sinne einer Hemmung oder einer Agitiertheit in Mitleidenschaft gezogen. Auch ist die Affizierbarkeit fehlend oder nur im negativen vorhanden und eine Störung der Biorhythmen aufzeigbar.

Diese von *Berner* als Achsensyndrom hervorgehobenen Störungen des Antriebes, der Befindlichkeit, der Affizierbarkeit und der Biorhythmen (endomorphe Depression) werden, durch einen Nachweis von Erkrankungen des manisch-depressiven Formenkreises unter Blutsverwandten, schließlich als sogenannte endogene Depression beschrieben. Zu diesen primär substratbedingten Depressionen gelangen die primär umweltbedingten, in Form reaktiver Depressionen als Belastungsreaktionen, andererseits in Form neurotischer Depressionen als depressive Entwicklung. Gleich jetzt fallen die somatischen Momente der sogenannten endogenen Depression auf: a) vegetative Symptomatik b) Stoffwechselstörungen. Ich betone, daß diese im Neuroendokrिनologischen faßbaren Unterschiede zwischen neurotischer und endogener Depression, sowie das Ansprechen der sogenannten endogenen auf Antidepressiva noch gar nichts über die Genese der Depressionen aussagen. Ebenso wenig wie Stoffwechsel-Untersuchungen erhellen genetische Forschungen die kausalen Zusammenhänge mit einer locker postulierten Somatogenese des bloß phänomenologisch abgrenzbaren Endogenitätsbegriffes. Die Prävalenz somatischer Symptome sowie die Phasenhaftigkeit der sogenannten endogenen Depression, fordern den Vergleich mit den psychosomatischen Erkrankungen heraus.

Unsere grundlegende Prämisse sehen wir darin, daß wir dem Symptom einen Ausdruckscharakter zuerkennen. Die Berechtigung dieser Annahme wird uns in der Beobachtung der Entstehung psychosomatischer Erkrankungen gegeben. Nach unserer Erfahrung wird in der überwiegenden Mehrzahl die zu einer psychosomatischen Erkrankung führende Schädigung in den frühesten präverbalen Phasen gesetzt. Dies hat seinen Grund in der interaktionellen Eigenart dieser Phasen. Wir nennen die Somatoneurosen, im Unterschied zu den später, in den verbalen Phasen entstehenden Psychoneurosen, oft auch Mutterneurosen, wegen der besonderen Bedeutung der Mutter-Kind-Interaktion. Die Mutter-Säugling-Interaktion in ihrer Bedeutung zur Entstehung psychosomatischer Erkrankungen soll nun kurz einer kommunikationstheoretischen Analyse ausgesetzt werden. Die biologische Existenz des Säuglings ist an die Ausbildung eines semantischen Einverständnisses zwischen ihm und seiner Mutter gebunden. Die vom Säugling signalisierten Bedürfnisse werden eben durch die Signale verstehende Mutter befriedigt. Die interaktionelle Eigenart dieser frühesten Phase ist charakterisiert durch eine Reduktion der sich erst später mit Gestik, Mimik, Motorik und Sprache ausweitenden Ausdrucksmöglichkeiten. Diese Reduktion der Ausdrucksmöglichkeiten des Säuglings erklärt:

1. die Bedeutung der Signalsensibilität der Mutter
2. die Störanfälligkeit dieser an Signalsensibilität der Mutter gebundenen Beziehung
3. die Verschiebung des Säuglingsausdrucks in hauptsächlich somatische Reaktionen.

Hier können wir an der Rolle des vegetativen Nervensystems als nervöses Schaltsubstrat zwischen frühesten Emotionen und körperlichem Geschehen nicht vorbeigehen.

Wie wir wissen, sind Emotionen unmittelbar mit charakteristischen sympathico- und parasympathicotonen nervösen Spannungszuständen verbunden. So sehen wir z.B. im Ärger eine vorwiegend sympathicoton gespannte Emotion, während die Nahrungsaufnahme vorwiegend parasympathicoton gespannt ist. Allein an die mit der Nahrungsaufnahme (zugegebenerweise das vitalste Bedürfnis des Säuglings) gebundene Bedürfnissignalisierung, Signalaufnahme und Bedürfnisbefriedigung durch die Mutter sowie dem Wechsel und Aufeinanderfolgen vegetativer Spannungszustände läßt sich eindrücklich der Wechsel zwischen psychosomatischen Reaktionen und psychosomatischen Erkrankungen mit depressiven Verstimmungen veranschaulichen. Die *Adler'schen* Konzepte der Ermutigung und Entmutigung sind bereits in dieser frühesten Mutter-Säugling-Beziehung beschreibbar.

Wir postulieren hiermit, daß es bei einer längerfristigen Störung des Signalisierungssystems zwischen Mutter und Säugling zu einer Signalisierungsunsicherheit beim Säugling kommt. Diese früheste semantische Störung entsteht durch inadäquate Reaktion der Mutter auf Säuglingssignale. Adäquat andererseits erscheint jene mütterliche Reaktion, die funktionell geeignet ist, die Bedürfnisse des Säuglings zu befriedigen. Wir können uns vorstellen, daß bereits in diesen ersten Mutter-Säuglings-Interaktionen Grundstrukturen des später ermutigten Lebensstils nach *Adler* gelegt werden, bzw. bei Fehlen dieser Signalisier- und Interaktionsermutigung durch längeres Anhalten vegetativer Spannungszustände das erste psychosomatische Reaktionsmuster als sich im Körperlichen niederschlagende Entmutigungsreaktion fixiert wird. Wohl mag in der Entstehung ein Entgegenkommen der Organe im Sinne einer erblichen Belastung (Organminderwertigkeit nach *Adler*) vorliegen, aber es muß das Erlebnis der Signalisierungsentmutigung als spezifische interaktionelle Psychodynamik dazukommen. Der Säugling ist nämlich für eine signalsensible Mutter, von Geburt an, zum Ausdruck seiner Bedürfnisse voll ausgestattet. Zu der erblichen Komponente muß also das emotionale Lerndefizit des Säuglings, sein entmutigtes Erlebnis also hinzukommen, um ihn in den entmutigten Rückzug, in die psychosomatische Erkrankung und/oder Depression zu zwingen. Ich sage und/oder, weil schon *Groen* und *Spiegelberg* im syndrom-shift das alternierende Auftreten einer psychosomatischen, dann wiederum einer mono- oder bipolar verlaufenden rein psychischen Erkrankung beschreiben. Auch wir beobachten diesen syndrom-shift: Colitis-Patienten verlieren, coloskopisch nachweisbar, ihre Geschwüre bei psychotherapeutisch induzierten manischen Schüben.

Dieser Wechsel endogen-depressiver und körperlicher Symptomatik ist nur im Sinne einer frühbesetzten Ausdrucksentmutigung verständlich, und ich stehe nicht an, jetzt zu behaupten, daß die sogenannte endogene Depression eine psychosomatische Erkrankung ist.

Unsere Psychosomatik-Patienten erfahren durch die psychotherapeutische Förderung nicht-somatischen Ausdrucks eine testmäßig belegbare Aufhellung ihrer Depression. Diese Ermutigung nicht-somatischen Ausdrucks senkt signifikant die psycho-vegetative Antriebssteigerung, senkt die emotionale Labilität, senkt die Nervosität. Eines der therapeutischen Grundprinzipien in der Behandlung psychosomatischer Erkrankungen ist für uns die Gleichzeitigkeit somatischer und psychischer Interventionen. So wird es auch für die endogene Depression als psychosomatische Erkrankung in einer hoffentlich nicht fernen Zukunft als Kunstfehler gelten, sie bloß über das somatische mit Antidepressiva anzugehen.

Zusammenfassend dürfen wir also postulieren: psychosomatische Erkrankungen und endogen-depressive Manifestationen sind wechselnde Ausdrucksformen frühestkindlicher Schädigungen. Diese Schädigung entsteht durch eine Störung der Mutter-Kind-Semantik: anstelle eines sensiblen Aufgreifens der Bedürfnissignalisierung, korrumpiert die Mutter das von Geburt an voll ausgestattete Ausdrucksvermögen ihres Säuglings. Sie zwingt es weiter zum Sprechen über das Organ oder Organsystem (Organjargon). Möglicherweise besteht je nach Schädigungszeitpunkt eine psychologische „Schichten-Vorliebe“ für die Wahl eines bestimmten Organs als Träger einer entmutigten Botschaft. Diese entmutigte Botschaft ist das erste psychosomatische Reaktionsmuster und wird durch die nun doch stattfindenden Reaktionen der Mutter fixiert. Es kommt zu einem Sprachkonsens, zu einer entmutigten Semantik. Diese frühkindlich gebahnte Entmutigungsreaktion flackert dann bei der Belastung, die die Bewältigung der Lebensaufgaben (Liebe, Arbeit, Gemeinschaft nach *Adler*) mit sich bringt, wieder auf: Zweitmanifestation des psychosomatischen Reaktionsmusters. Auf die zeitliche Aufeinanderfolge von „psychologischen Lernschichten“, jede mit einem „emotionalen Lern-Plan-Soll“, schließen wir aus folgenden Beobachtungen:

1. Im Gesundungsprozeß des psychosomatisch Erkrankten findet oft ein Symptomwechsel vom eher somatischen Appell zum eher psychischen Appell statt („Richtungstendenz von unten nach oben“, also z.B. vom Magenulcus zur Herzneurose).
2. Eine dem entgegengesetzte, rückläufige Verlaufsrichtung, was die Zuordnung von Symptomen „zu Schichten“ betrifft, finden wir im Konzept der zweiphasigen Verdrängung („Richtungstendenz von oben nach unten“, z.B. vom Asthma zur Colitis).
3. Psychosomatische Patienten-Karrieren durchlaufen bei bloß symptomatischer Behandlung auch eine zunehmende Signalentmutigung durch.: z.B. Gastritis – Ulcus ventriculi – Billroth I u. II. Ulcus duodeni-Operation usw. bis zur Colitis. Also ebenfalls eine „Richtungstendenz von oben nach unten“.

Es gibt eine therapeutische Konsequenz für diese Schichtung: Signal ist nicht gleich Signal, Symptom nicht gleich Symptom. Nicht was, sondern wer

und wann es gesagt wird, ist von therapeutischer Relevanz. So ist für uns denkbar, daß bald schichtenspezifische Lerndefizits durch psychotherapeutische Partnerschaften aufgefüllt werden. Es ist weiterhin für uns denkbar, daß entsprechend der Präverbalität der Entstehungs- und Schädigungszeit eine Erweiterung des „psychotherapeutischen Inventars“ sich in Zukunft als notwendig für die effiziente Behandlung psychosomatischer Erkrankungen erweisen wird: von einer verbal-emotionstragenden Technik zu auch a verbal emotionsprovozierenden und somit den nicht somatischen Ausdruck ermutigenden Verfahren.

*Alternation and Relationship of Psychosomatic Disease and Depression from an Individual-Psychology Point of View*

Erwin Ringel and Peter Gathmann

By a psychosomatic disease the author understands a somatized neurosis caused by chronically unconscious emotions and very early disturbances in the mother-child-relationship.

In our psychosomatic department we have observed alternating and simultaneous symptoms in psychosomatic and depressive patients. The depressive reaction is characterized by the following features: impulse disturbance like inhibition or agitation, existential disorientation like inactivity and the inability to enjoy, lack of affectation of the affects and distortion of the biorhythms. Although the somatic aspects of the so-called endogeneous depression, like vegetative and metabolic disturbances, are evident, nothing is said about its origin. The prevalence of somatic symptoms and the phases of the so-called endogeneous depression call for a comparison to psychosomatic illness.

Our experience places most of the injuries causing a psychosomatic disease into the earliest preverbal phase. In case of the somatoneuroses – in contrast to the later developing psychoneuroses – we also speak of “mother-neuroses” because of the significance of the mother-child-interaction. The child signals his needs which are understood and gratified by the mother. The peculiarity of the earliest interaction is marked by reduced means of expression; gestic, mimic, motor and linguistic expression expand only later. Depending on the sensitivity of the mother towards the signals of the child, this relationship is especially susceptible to distortion: the infant reacts and expresses himself mainly on a somatic level. When the mother-child-signal system is out of balance for a longer period of time the infant becomes unsure of his signals. The earliest semantic disturbance is the result of the non-adequate reaction of the mother to the signals of her child. The mother reacts adequately when she gratifies the needs of the infant in a functional way. We propose that



the early mother-child-interaction already yields the basic structures of the 'encouraging life-style' of *Adler*, in other words, that over a period of time vegetative tensions determine the first psychosomatic reactions as the physical pattern of discouragement.

To be sure, a hereditary disposition (the so-called organ-inferiority according to *Adler*) might be sufficient, however, the discouraging experience is the necessary condition for any psychosomatic disease. Thus, both the emotional learning deficit – i.e. the discouraging experience – and the hereditary disposition force the child to withdraw into psychosomatic disease and/or depression. The vicissitude of the so-called endogeneous-depressive and physical symptoms can be understood as a discouraged mode of expression frozen in an early phase. Thus, I consider the so-called endogeneous depression a psychosomatic disease.

Being encouraged in psychotherapy to express themselves not on a physical level, our psychosomatic patients clear up their depression, and as, verified by significant test results, they experience an increase of impulsiveness and a decrease of emotional lability, of nervousness.

To sum up, both psychosomatic disease and the so-called endogeneous depression are alternating forms of expression of injuries done to the child at a very early phase. These injuries arise from a disturbed mother-child-semantics: the mother does not sensitively respond to the signals of her child but even destroys his biological disposition for expression. She forces her child to communicate through his organs and organic system (organ jargon). A psychological preference depending on the time of the injury might determine the selection of the specific organ as the carrier of the discouraging message. The discouraging message is the first reaction pattern and is fixated by the now possible reaction of the mother. Stress situations kindle the discouraged pattern of reaction in coping with the main problems of life (love, work, group according to *Adler*).

#### Literatur bei den Verfassern

Adresse der Autoren  
Prof. Dr. med. Erwin Ringel  
und Dr. med. Peter Gathmann  
Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien  
Lazarettgasse 14  
A-1097 Wien

# Psychogenic Pruritus in Concentration Camp Survivors (Delayed Psychosomatic Skin Disorders)\*\*

Jacob Shanon\*

In der vorliegenden Arbeit beschreibt der Autor Patienten mit psychosomatischen Hauterkrankungen, die in Folge von Inhaftierung in nationalsozialistischen Konzentrationslagern auftraten. Es handelt sich um Patienten, die in den Jahren von 1958-1968 die psychosomatisch-dermatologische Abteilung an der Hadassah-Universität Jerusalem aufsuchten und zum Zeitpunkt der Inhaftierung 13-26 Jahre alt waren.

Das besondere Interesse des Autors gilt dem verzögerten Auftreten dieser Erkrankung, d.h. erst nach der Entlassung aus der Haft. Der Zusammenhang mit den emotionalen Traumata wird analysiert aus einer detaillierten Erfassung der Lebensgeschichte, die unterbewußte Motivation aus projektiven Tests.

Sowohl theoretisch wie klinisch lassen sich die Patienten in zwei Gruppen einteilen, nämlich in Patienten mit streßbedingten psychosomatischen Hauterkrankungen und in Patienten mit konfliktbedingten. Durch ein psychodynamisches Verständnis lassen sich auch die verzögert auftretenden psychosomatischen Hautkrankheiten, insbesondere Pruritus in seinen verschiedenen Varianten erklären: Um zu überleben, haben diese Patienten oft nahe Freunde denunzieren müssen, diese Unmenschlichkeit führte zu einem Identitätsverlust. Die Erinnerung an diese Traumata kann in die spätere Lebenssituation nicht integriert werden, mit Menschen, die nicht eine ähnliche Erfahrung gemacht haben. Das psychosomatische Symptom dient als Abwehr dieses Konflikts, dient zur Integration der Persönlichkeit. Die unbewußten Schuldgefühle werden so kompensiert, vor allem bei schon in der Kindheit entstandenen „Identitätsverboten“.

Eine detaillierte Fallbeschreibung wird zur Erläuterung der an 128 Patienten gewonnenen Erkenntnisse herangezogen, die den Aspekt der Identitätserkrankung bei psychosomatischen Erkrankungen unterstreichen.

*“Rubbing the poor itch of your opinion,  
Makes yourselves scabs.”  
Shakespeare – Coriolanus*

A substantial literature has accumulated on ill effects resulting from Nazi persecution and Concentration Camps (C.C.) The literature available deals mainly with psychiatric and psychosomatic disorders encountered among C.C. survivors. To the best of our knowledge no studies of psychosomatic skin disorders (P.S.D.) induced by Nazi C.C. have been published so far.

The aim of this study was to establish the type and the onset of P.S.D. induced by Nazi C.C. with particular emphasis on the investigation of psychogenic pruritus and exploration of the mechanism of the delayed P.S.D. in C.C. survivors.

\* Prof., M.D., Department of Dermatology, Chief, Psychosomatic Skin Clinic, Hadassah University Hospital – The Hebrew University-Hadassah Medical School, Jerusalem

\*\* Vortrag gehalten auf dem X. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), 8.-12. Oktober 1978, Kongreßhalle Berlin

### *Material and Methods*

One hundred survivors of Second World War Nazi Concentration Camps (C.C.) suffering from various skin disorders, were studied in the Psychosomatic Skin Clinic of the Hadassah University Hospital in Jerusalem. 73 of them were males and 55 females. All the patients were of eastern European Jewish origin. During the period of their internment most of them were 18-26 years of age. Each patient suspected of a P.S.D. was referred to the author for detection of the relationship between the dermatosis, the traumatic emotional experience and the possible behavioural changes.

The existence of a P.S.D. was established by the "seven point approach" developed by *Shanon* (1962, 1970a, b, c) which has been applied to hundreds of patients and has proved its theoretical and practical value.

In order to determine the seven point approach, a complete personal life history of every patient was considered essential. Personality studies were performed, based on projective tests, with an attempt to reach a psychodynamic formulation for the subconscious motivation of the appearance of a given skin disorder. Only after the clinical diagnosis had excluded causal relationship between the laboratory findings and the respective skin disorders, and only after the remaining criteria of the seven point approach favoured a diagnosis of P.S.D., were the patients included in this study.

From the life histories of the patients under study it was learned that, while in C.C., all of them had been under extreme continuous stress and strain; yet further study of the pathogenesis of their skin disorders revealed that some of them had suffered in addition from a conflict arising from a specific traumatic emotional experience.

We subsequently classified our patients in two groups: Stressogenic (a group that developed P.S.D. induced only by stress) and Conflictogenic (a group in whom the P.S.D. was induced by conflict, preceded by stress). It could be demonstrated that when the disorder was conflictogenic, it was chiefly motivated by guilt feelings, that is, by concern and anxiety about thoughts or deeds which the patient considered to be wrong.

### *Illustration of a conflictogenic case*

Diagnosis: Psychogenic Pruritus

Main Complaint: Severe itching all over the body, which began in 1944, shortly after his deportation to Auschwitz, and was exacerbated after his liberation.

Additional complaints: Headaches and dizziness, sleeplessness, palpitations

Life history and course of disease: The patient was born in Lodz, Poland, on November 20, 1925. He was the youngest of three sons, his parents' favourite, and especially attached to his mother. He attended a religious school until the outbreak of the war when he was thirteen years old. After the occu-

pation of Poland he lived in the Lodz Ghetto, where together with other Ghetto Jews he was forced to do hard labour and to witness public hangings in the town square. These experiences created permanent emotional tension and fear of death. In 1942 his father died of hunger and one of his brothers was deported to an unknown destination. In August 1944 he, his mother and the one remaining brother were sent to Auschwitz, where he was immediately detailed to operating the crematorium while his mother was despatched to her death. The following day one of the guards said to him: "Do you see the smoke coming from the chimney? Your mother was in that."

Shortly after his mother's death he began to suffer from a strong itch which disappeared gradually. Two months afterwards he was separated from his last remaining brother, whose ultimate fate was not known to him at the time.

The patient remained in Auschwitz until January 15, 1945. His work consisted of pulling wagons loaded with heavy stones. For a few weeks he was forced by a Kapo – a C.C. trustee – to participate in homosexual practices, until the latter suddenly disappeared.

He also witnessed four acts of extermination deliberately carried out on Jewish holidays. Although several times ordered to the left side among those to be killed, in the end he always found himself on the right side and was thus saved. The disappearance of the Kapo and the fact that he himself was ultimately saved, he ascribed to his mother's being his guardian angel.

While giving this account, the patient remained apparently quite calm. His face showed no sign of excitement and his voice sounded expressionless. When he mentioned his mother, however, he flushed, became agitated, his facial muscles grew tense and he began to scratch his chest and abdomen, saying, "only because of my mother I am alive – and I..."

The patient was liberated in 1945. Since then the pruritus recurred and became increasingly irritating. In 1945 and 1946 he received dermatological treatment as an out-patient in a Hamburg hospital. Later he was hospitalized in the dermatological department of the Displaced Persons' Camp Foehrenwald and also in the Dermatological Department of the Schwabing Hospital in Munich. All these treatments were unsuccessful and the itching continued.

In 1948 he immigrated to Israel. Though drafted into the Israeli army he was found unfit for combat duty and was detailed to light work in a canteen. In 1949 he was prematurely discharged on medical grounds.

Both his brothers were saved and came to Israel. He married in 1955 and has two healthy children. But his state of mind has remained unchanged. He cannot stop scratching. Although he loves his children, he often loses his temper with them, though not with his wife. He shies away from company, is frequently assailed by fears, and when walking is often under a compulsion to look behind him as though he were being followed. At street corners he is frequently undecided whether to turn left or right. He works in the forwarding department of a printing press, preparing parcels for dispatch. Though his work is not very demanding he has frequent clashes with his workmates

and controls himself only with difficulty. He is being kept on solely out of consideration.

During the admittance procedure in the dermatological ward, the patient showed fear and anxiety. He asked to be sent home very soon and stressed that he did not feel well in hospital. He found no common language with the other patients, and it was very difficult to gain his cooperation especially for slightly painful examinations, such as blood tests, and even opening his mouth. It was only with difficulty that he was persuaded to accept a biopsy, and afterwards he showed fear and refused further examinations.

Present state: The patient is of medium height and thin. His teeth are neglected and in very bad condition. He has a scar of about 3 cm. diameter on his right temple, and several smaller scars on the scalp. His left forearm bears the tattooed number. The neck bears a hypertropied X-shaped scar. The chest, abdomen, waist, thighs and the gluteal region show profuse signs of itching, i.e. elongated scratch marks covered with crusts of blood. There are no primary skin lesions. The thyroid is clinically normal, and there is no lymphadenopathy. Dermographism: positive. Laboratory examinations: routine blood count, blood chemistry including P.B.I were within normal limits. Urine and stool examinations showed no abnormality.

Histological examination of a skin biopsy taken from the abdomen showed a non-specific chronic inflammation.

Psychiatric examination: The patient gave the impression of being completely introverted. His voice was quiet and monotonous. He was obviously depressed, full of fear and distrust. However, after better personal relations had been established between the patient and the physician, he became less distrustful and his statements had the ring of perfect truth. In the course of six psychiatric sessions lasting one and a half hours each, it was established that his intelligence was above average. Each detail from his past was firmly impressed upon his memory. He remembered the dates of every event, every execution and every hanging he was forced to attend. He answered all questions with great accuracy and his descriptions were most realistic. His ability to concentrate however was impaired. He did not seem to blame the Nazis for the sufferings he had undergone but became excited when recalling these events. When he spoke about his father's death by starvation he said: "I could have saved him if I had given him a piece of bread". Speaking about his mother he showed fear, pre spired, flushed and developed an attack of itching. The impression was gained that there were subjects about which he was afraid to talk – his feeling that he had cooperated in his mother's murder and was responsible for his parents' death.

This assumptive diagnosis was fully confirmed by the projective tests especially the T.A.T. tests. A few of them are given below:

1 "A child with dreamy eyes, who wanted to learn to play and could not. My mother sang in a choir."

The patient begins to sing in German the melody of Schiller's "Ode to Joy" from Beethoven's Ninth Symphony. The words can be heard clearly:

„Deine Zauber binden wieder  
Was die Mode streng geteilt  
Alle Menschen werden Brüder  
Wo Dein sanfter Flügel weilt.“

He adds, "My mother used to sing that. I cannot forget it."

- 3 BM: "A beggar, a lonely man, perhaps he had no interest in life, did not receive enough alms, had nothing to eat. Because of his weakness he fell asleep on a bench".
- 8 BM: "One sees a sick man with a gun at his side. He was shot by a young man. It may have been his son who killed him. It is hard to believe that a son would do such a thing. He killed him by mistake."
- 10 "A man and a woman, they keep their eyes closed and are very much in love. They are very happy they have met. They had not seen each other for a long time and had been longing for each other."
- 12 "Father and son. Apparently the son has been killed. The father kneels beside the son, his hand is raised above the son's face, as though praying and forgiving him."
- 13 MF: "A woman lies on a bed. It seems that she has just been killed. The man feels guilty and covers his eyes with his hands. He cannot bear what has happened."
- 16 When given a blank sheet, the patient says he sees his mother weaving carpets in the Lodz ghetto. "I see her after work, hurrying home with some soup in a small pot. That was her daily wage. She gave me food and I —?"

### *Case Interpretation*

Undoubtedly the patient suffered both physically and emotionally.

The general examination, the laboratory findings and the allergic tests did not reveal any pathology. However, the mere elimination of organic findings is not sufficient to establish a diagnosis of psychogenic pruritus.

In this case the psychogenic origin of the pruritus was confirmed by the seven point approach. The patient was very attached to his parents, therefore, in spite of all his suffering he managed to maintain his emotional equilibrium as long as they were together. His father's death aroused guilt feelings and upset his emotional equilibrium. His guilt feelings were heightened by his mother's death, since he felt that he had participated in her extermination while working in the crematorium. His religious education which had taught him the principle of "an eye for an eye and a tooth for a tooth" further intensified his sense of guilt, which was already very strong.

By scratching, the patient is punishing himself. By this self-aggression he diverts his conscience from the conflict and eases his guilt feelings. This symptom represents a morbid gain. The itching as well as all other symptoms and the behavioural changes are all aggravated by situations which revive the conflict.

### *Discussion*

The classification of the psychosomatic disorders in general and the psychosomatic skin disorders (P.S.D.) in particular into stressogenic and conflictogenic revealed that most of the stressogenic disorders developed while the patients were still in the camps (62 of 65 patients = 95%). The conflictogenic disorders, however, tended to develop later as delayed reactions (26 of 40 patients = 65%)

Dyshidrotic eczema, urticaria and psoriasis were usually found to be stressogenic disorders, constituting a psychophysiological reaction to injured feelings of self-esteem.

The conflictogenic disorders were found to include mainly pruritus, neurodermatitis, all dermatoses associated with itching. The pruritus was either generalized or localized (e.g. pruritus of the face), or as a displaced symptom (e.g. pruritus of the head).

Most cases of conflictogenic psychosomatic skin disorders could be directly ascribed to real or imaginary guilt feelings. People prone to develop guilt feelings are characterized by:

1. a highly developed superego (an internalized acceptance of standards of right and wrong);
2. a highly developed concept of time both present and future in relation to themselves;
3. a resulting fear of and need for punishment.

Basically these criteria distinguish the normal person from the psychopath whose superego is markedly diminished or absent and whose concept of time, although highly developed regarding the present is practically non-existent regarding the future. He therefore has no fear of punishment and no sense of guilt. The characteristics listed are, however, not equally developed in all normal persons, so that some are more prone than others to develop feelings of guilt.

According to psychoanalytic theory, self-condemnation and self-criticism are reflections of parental attitudes. These functions are incorporated by the child early in life and serve as a guide for his future conduct. Undoubtedly the restraints imposed by civilisation and the renunciations required by most religious creeds tend to reinforce these parental attitudes. These cannot, however, be regarded as the primary cause of guilt feelings. Guilt feelings and the need for punishment seem to spring from deep-seated psychological needs and are designed not only to ease the human conscience or superego but also to relieve the fear of greater punishment by a higher authority.

During their internment in concentration camps the patients had been determined to survive at all costs and were often forced to commit acts which were alien to their education, pre-war experience and moral standards. Some had managed to save their lives by deserting or denouncing close relatives or friends or other inmates. By doing so, they became partly depersonalized and dehumanized. A regression of their personality took place, which is commonly known to arouse latent guilt feelings. The traumatic experiences they underwent revived suppressed feelings of guilt associated with early childhood fantasies, and intensified the sense of guilt arising from their current experiences. In some these guilt feelings became so overwhelming that their conflict became irreconcilable. To overcome this conflict a defence mechanism in the form of a psychogenic or psychosomatic disorder was set up.

The dynamics described here may well account for the fact that concentration camp survivors feel alien to people who have not undergone a similar experience and claim to be understood only by those who have shared their fate. They may also explain their eagerness for financial compensation, which they crave not only because of the direct advantages involved, which are merely a secondary gain, but because they are thus presented as innocent victims – primary gain so that their guilt feelings are relieved. Often after the compensation has been received, the guilt feelings are revived with still greater force, resulting in the recurrence or aggravation of the symptom.

All patients studied, whether of the stressogenic or conflictogenic psychosomatic skin disorder group, felt a strong need to express their past traumata. The difference between them was that most patients with stressogenic psychosomatic skin disorders having relatively fine guilt feelings, expressed their past traumatic experiences verbally, whereas the conflictogenic cases manifested their conflict through their symptoms and/or through behavioural changes. Any symptom, but particularly pruritus, acts as a wordless catharsis. It enables the patient to mask his conflict and to relieve his guilt feelings by scratching. He commits a minor self-aggression which is a form of self-punishment.

Another common characteristic shared by most patients was their inability to forget their traumatic experiences. Hence their skin symptoms fail to disappear, serving them as a constant reminder. The reason for this “Mnemo-dermatosis” seems to be that the concentration camp survivors find it impossible to integrate these specific, traumatic events with the rest of their normal experience. They cannot transform these horrors, which are entirely alien to their ego, into normal memories. Their compulsive memories are necessary to them in order to preserve their self-esteem and their human image which the Nazis tried to destroy. Forgetting would make them see themselves as subhuman so that they would resemble the Nazis. The subconscious effort not to forget may thus also be regarded as part of their defense mechanism.

In most patients whose psychosomatic skin disorder was conflictogenic the symptoms subsided or practically disappeared under renewed stress, but recurred, sometimes with greater intensity, once the stress was reduced. The opposite effect could be noticed in most patients suffering from stressogenic P.S.D.. Thus, in a case of a stressogenic urticaria or dyshidrotic eczema, a peak eruption would occur under stress to improve or disappear without any treatment after the stress was over. These observations lead to the following conclusions:

1. The stress factor or stressor inhibits the intensity of the conflict and its subsequent expression as a symptom or disease and has a beneficial effect on the course of an existing conflictogenic psychosomatic skin disorder. It may thus be referred to as an “antagonist stressor”.

2. The intensity of conflict is in inverse proportion to the intensity of stress. Hence, in a conflictogenic psychosomatic skin disorder, the conflict



abates or remains dormant as long as the stressor is very great so that the psychosomatic skin disorder is ameliorated. When stress decreases the conflict revives, and the subsequent symptom or disease is aggravated. On the other hand, the intensity of a stressogenic psychosomatic skin disorder is in direct proportion to the intensity of the stress.

This may explain the mechanism of the delayed psychosomatic skin disorders in survivors of C. C. and answer the question why so many patients with conflictogenic psychosomatic skin disorders who were under extreme stress developed delayed reactions, while most of the stressogenic psychosomatic skin disorders appeared when the patients were still in concentration camps. This may also explain why, in some of the concentration camp survivors who suffered prior to their internment from a conflictogenic psychosomatic disorder such as asthma, peptic ulcer or from a conflictogenic psychosomatic skin disorder such as pruritus, or atopic dermatitis, these conditions were ameliorated or disappeared entirely while under severe stress in concentration camps but recurred after their release.

### *Psychogener Pruritus bei Überlebenden aus nationalsozialistischen Konzentrationslagern*

Jacob Shanon

In dieser Arbeit werden verzögert auftretende psychosomatische Hauterkrankungen an Überlebenden nationalsozialistischer Konzentrationslager beschrieben und diskutiert, um ein spezifisches Syndrom herauszuarbeiten, das als Reaktion auf frühere emotionale Traumata auftritt. In der psychoanalytischen und psychiatrischen Literatur gibt es zwar eine Reihe von Arbeiten, die die Beziehung zwischen psychosomatischer Erkrankung und emotionalen Traumata in den nationalsozialistischen Konzentrationslagern beschreiben, aber keine Literatur über psychosomatische Hauterkrankungen, insbesondere deren verspätetes Auftreten.

Der Autor bezieht sich auf *Freuds* Theorie der Angst, in der Angst als eine Reaktion auf eine traumatische Situation oder eine Gefahr, die tatsächlich vorhanden ist oder antizipiert wird, verstanden wird. Der „Affekt Angst“ ist eine Reaktion des Ichs; das Entladungsphänomen – hier die psychogene Hauterkrankung – wird als eine Manifestation des Es im Sinne eines Konversionssyndroms verstanden. Die klinisch erfassbaren psychogenen Reaktionen, die während und nach der Haft in nationalsozialistischen Konzentrationslagern auftraten, werden vom Autor detailliert beschrieben und untersucht. In diese Studie werden insbesondere alle Überlebenden mit dermatologischen Erkrankungen, besonders akutem intermittierendem oder chronischem Pruritus, bei denen der Zusammenhang mit den Traumata in den Konzentrationslagern gesichert ist, mit einbezogen.

Die Untersuchungen beziehen sich auf 128 Patienten (73 Männer, 55 Frauen), die während ihrer Internierung 13-26 Jahre alt waren und die Psychosomatisch-Dermatologische Klinik der Hadassah-Universität Jerusalem von 1958 bis 1968 aufsuchten.

Das besondere Interesse gilt dem psychodynamischen Verständnis der verzögert auftretenden Hauterkrankung Pruritus, eine Erkrankung, die nicht in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit den Ereignissen in den Konzentrationslagern manifest wird. Die Diagnose wird mit Hilfe einer „Sieben-Punkte-Annäherung“, die *Shanon* 1962 entwickelt hat, aufgrund der Lebensgeschichte gestellt. Die unterbewußte Motivation für die Manifestation der Hauterkrankung versucht der Autor mit Hilfe projektiver Tests zu erfassen.

In dieser Studie werden zwei Gruppen von Erkrankungen herausgearbeitet:

1. streßbedingte Erkrankungen, die sich überwiegend bereits in den Konzentrationslagern entwickelten (62 von 65 Patienten = 95 %)
2. konfliktbedingte Erkrankungen, bei denen ein verzögertes Auftreten häufig war (26 von 40 Patienten = 65 %).

Zu den konfliktbedingten Erkrankungen gehörten Pruritus, Neurodermatitis und das Konzentrationslager-Syndrom, alles Dermatosen, die mit Juckreiz einhergehen. Der Pruritus war entweder generalisiert oder lokalisiert, zum Beispiel als Pruritus des Gesichts oder trat als ein verschobenes Symptom, zum Beispiel als Pruritus des Kopfes auf.

In den meisten Fällen konfliktbedingter psychosomatischer Hauterkrankungen konnten reale oder vorgestellte Schuldgefühle nachgewiesen werden. Psychogene oder Psychosomatische Erkrankungen stellen eine Abwehr des unerträglich gewordenen Konfliktes dar. Bei den meisten Patienten mit konfliktbedingten psychosomatischen Hauterkrankungen verschwanden die Symptome praktisch vollständig unter neuerlichem Streß und kehrten wieder, manchmal mit noch größerer Intensität, nach Aufhören des Streß. Von daher ist ein grundsätzlicher klinischer und theoretischer Unterschied zwischen streßbedingten und konfliktbedingten psychosomatischen Erkrankungen erkennbar.

Streß wird verursacht durch multiple äußere und unspezifische Kräfte, wo hingegen der Konflikt durch Konfrontation mit offenbar entgegengesetzten und unverträglichen spezifischen inneren Kräften, nämlich des Es (Triebe) und des Über-Ich (moralisch oder auf dem Gewissen beruhend) bedingt ist. Konfliktbedingte Angst ist weitgehend unbewußt und wird später durch Schuldgefühle aufrecht erhalten. Darüber hinaus hat diese Studie gezeigt, daß Patienten mit psychosomatischen Hauterkrankungen große Schwierigkeiten haben, mit Ängsten fertigzuwerden, die mit Gedanken oder Taten zusammenhängen, an denen die Patienten teilhatten oder die sie für unmoralisch hielten. Von daher konnte der Autor die Patienten in zwei Gruppen klassifizieren:

1. streßbedingte, d.h. eine Gruppe von Patienten, die psychosomatische Hauterkrankungen in Folge von unerträglichen Haftbedingungen entwickelten,
2. konfliktbedingte, d.h. die Gruppe von Patienten, bei denen die psychosomatische Hauterkrankung durch konfliktuöse Erfahrungen induziert wurde und durch langdauernden Streß gefördert wurde.

Anhand von Fallgeschichten wird der Mechanismus verzögert auftretender psychosomatischer Hauterkrankungen im allgemeinen und des Pruritus im besonderen an Überlebenden nationalsozialistischer Konzentrationslager erklärt durch die Wirkung von Streß und Konflikt und ihrer Interaktion.

## Literature

- Shanon, J.* (1962): Considerations Regarding the Term Psychosomatic Disease. An Attempt at a New Classification. In: *Psychosomatics* (3) 302
- (1970/a): The Subconscious Motivation for the Appearance of Psychosomatic Skin Disorders in Concentration Camp Survivors. In: *Psychosomatics* (11)
- (1970/b): Psychosomatic Skin Disorders in Survivors of Nazi Concentration Camps, In: *Psychosomatics* (11)
- (1970/c): Stress and Conflict as Criteria for the Classification of Psychosomatic Skin Disorders. In: *Archs. belg. Derm. Syph.* (26)

## Weiterführende Literatur:

- Eitinger, L.* (1964): Concentration Camp Survivors in Norway and Israel. (London: Allen and Urwin)
- Nathan, T.S., Eitinger, L. and Winnik, H.Z.* (1964): The Psychiatric Pathology of the Nazi-Holocaust-Survivors. In: *Israel Ann. Psychiat.* (2) 133
- Niederland, W.* (1964): Psychiatric Disorders Among Persecution Victims. In: *J. nerv. ment. Dis.* (139) 458
- Trautman, E.C.* (1961): Psychiatrische Untersuchungen an Überlebenden der nationalsozialistischen Vernichtungslager, 15 Jahre nach der Befreiung. In: *Nervenarzt* (32) 545
- Venzlaff, U.* (1963): Erlebnishintergrund und Dynamik seelischer Verfolgungsschäden In: *Psychische Spätschäden nach politischer Verfolgung*, *Paul, H. and Herberg, H.H.* (Basel: Karger)
- von Baeyner, W., Haeffner, H. and Kisker, H.P.* (1964): *Psychiatrie der Verfolgten.* (Berlin: Springer Verlag)

Author's address:

Prof. Jacob Shanon, M.D.  
 Hadassah University Medical Center  
 Psychosomatic Skin Clinic  
 Jerusalem  
 Israel

# Ein Beitrag zur psychotherapeutischen Behandlung von Patienten mit einer pränatal entstandenen Körper-Ich-Schädigung\*\*

Kurt Husemann\*

Die spezifischen Probleme pränataler oder in frühester Lebenszeit erworbener körperlicher Beeinträchtigung und ihrer psychotherapeutischen Behandelbarkeit werden unter dem Aspekt ihres Einflusses auf die Ich- und Identitätsentwicklung eines Menschen diskutiert. Der Autor kritisiert die in den üblichen Rehabilitationsprogrammen einseitig am Symptom orientierten therapeutischen Maßnahmen. Diese lassen den Patienten mit seiner tiefen narzißtischen Kränkung, Angst und ohnmächtigen Wut, die im Symptom gebunden ist, allein.

Das Spektrum der Reaktionen reicht von „Mitleid“ bis hin zur Verleugnung oder einer aus unbewußten Schuldgefühlen resultierenden Haltung der Überfürsorglichkeit, die die ambivalent feindselige Ablehnung kompensieren soll. Dadurch wird es auch dem Patienten selbst unmöglich, sich mit den Gefühlen der Ablehnung seiner beschädigten Körperlichkeit, seiner tiefen Verlassenheitsangst und der erfahrenen Destruktion emotional auseinanderzusetzen.

Auf dem Hintergrund des Ich-Struktur-Konzepts der Dynamischen Psychiatrie Günter Ammons vertritt der Autor den Standpunkt, daß eine körperliche Behinderung nicht unausweichlich eine Verkrüppelung der Persönlichkeitsentwicklung und soziale Isolation bedingt. Die Dynamische Psychiatrie geht davon aus, daß primäre Ich-Funktionen, die sowohl physiologischer als auch psychologischer Natur sind, keine starr gegebenen, unveränderbaren Entitäten sind. Ihre Entfaltung und Differenzierung hängt davon ab, inwieweit sie von Mutter und Gruppe angenommen, verstanden und realitätsgerecht beantwortet werden. Die Unvollkommenheit eines Kindes mit einer körperlichen Behinderung stellt primär eine schwere narzißtische Kränkung für die Mutter und die Familiengruppe dar, die abgewehrt werden muß. Die mangelnde adäquate narzißtische Bestätigung auf der Körper-Ich-Ebene führt zu einem Bruch in der lebenswichtigen Kommunikation zwischen Mutter und Kind.

Diese verinnerlichte defizitäre Beziehungsdynamik der Primärgruppe macht es unmöglich, Gefühle der Angst und Aggression, die die wesentlichen dynamischen und regulativen Kräfte der Ich- und Identitätsentwicklung sind, in ihrer zwischenmenschlichen Dimension der Auseinandersetzung und Abgrenzung erleben und bewältigen zu können. Damit ist die Identitätsentwicklung insgesamt arretiert.

An Hand von zwei Fallvignetten wird der psychodynamische und psychogenetische Zusammenhang der primären Körper-Ich-Schädigung und die Konsequenz für die Ich-Strukturbildung verdeutlicht und die psychotherapeutische Behandlungsstrategie dargestellt. Von besonderer Wichtigkeit ist die Auseinandersetzung des Therapeuten selbst mit möglichen eigenen unbewußten Ängsten und Abwehrreaktionen gegenüber der gestörten Körperintegrität des Patienten. Der therapeutische Prozeß hat zum Ziel, die defizitär gebliebene Fähigkeit zur Auseinandersetzung mit den eigenen Verwirklichungsmöglichkeiten, den realen Begrenzungen und den damit verbundenen Gefühlen in einem direkten emotionalen Austausch zwischen Patient, Therapeut und Gruppe im Sinne der ‚nachholenden Ich-Entwicklung‘ (Ammon) zu ermöglichen. Auf dieser Basis kann eine realitätsgerechte Integration von körperlichen und psychischen Anteilen erfolgen und eine über die Symptombearbeitung hinausgehende Identitätsentwicklung aufbauen.

Die Arbeit befaßt sich mit einer Gruppe von Patienten, deren Zahl in der psychotherapeutischen Praxis eine relativ geringfügige Rolle spielt, obwohl ihr körperliches und psychisches Elend groß ist. Psychotherapeutische An-

\* Dr. rer. nat., Diplom-Psychologe, Psychoanalytiker der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), Düsseldorf.

\*\* Vortrag gehalten auf dem II. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 8.-12. Oktober 1978 in Berlin.

sätze zur Behandlung von Patienten mit einer zum Zeitpunkt der Geburt real vorhandenen oder in frühester Kindheit erworbenen Beeinträchtigung ihrer Körperlichkeit gibt es nur vereinzelt, in der neueren psychoanalytischen Literatur fast gar nicht. Die Behandlung ist häufig ausschließlich am Symptom orientiert oder eine Ich-stützende, die dem Patienten helfen soll, seine verbliebenen „Möglichkeiten zu trainieren.“ Das psychische Leiden, die tiefe narzißtische Depression, die hinter der körperlichen Beeinträchtigung der primären Ich-Funktionen steht, sei sie im Bereich der Motilität durch Erkrankung oder Verletzung der Wirbelsäule, der Extremitäten oder des Nervensystems wie bei bestimmten Anfallsleiden, durch Ausfall oder Beeinträchtigung des Seh-, Hör- oder Sprachvermögens, wird dabei nicht erfaßt vom Blickwinkel der Ganzheit der Persönlichkeit.

Der Beitrag basiert auf der therapeutischen Erfahrung mit erwachsenen und jugendlichen Patienten in der psychiatrischen Klinik, in ambulanter Gruppen- und Einzeltherapie. Eine Schätzung über ca. 400 Patienten, die in den Praxen von Psychoanalytikern und Psychotherapeuten des Düsseldorfer Lehr- und Forschungsinstituts behandelt werden, zeigt, daß ca. 3-5 % aller Patienten, die zur Behandlung kommen, an einem angeborenen oder früh erworbenen Defekt primärer Ich-Funktionen leiden.

In der üblichen Reduktion des behinderten Patienten auf seine Behinderung wird der Mensch in seiner Ganzheit dahinter nicht mehr gesehen. Die in früher Kindheit durch die Reaktion von Mutter und Familiengruppe erworbene Spaltung zwischen Soma und Psyche, ein Zentralproblem der Behinderten, wird in der Art und Weise, wie mit ihnen gesellschaftlich und medizinisch umgegangen wird, fortgeführt. Das Spektrum der Reaktionen geht vom „Mitleid“ bis hin zur Verleugnung oder einer aus Schuldgefühlen resultierenden Haltung, für Behinderte besonders schöne Einrichtungen, aber weit ab von der Normalgesellschaft zu bauen. Diese soll nicht ständig konfrontiert werden mit dem Unästhetischen. Angst, Abscheu und Ekel, die eigentlich empfunden werden, bleiben somit Sache des Behinderten, der aber damit allein bleibt, da er die Gefühle der tiefen Ablehnung seiner Körperlichkeit an sich selbst auch nicht erleben darf. Angeborene körperliche Defekte sind häufig mittelbar oder unmittelbar Folge einer tiefen unbewußten pränatalen Ablehnung seitens der Mutter wie z.B. durch Alkohol- oder Tablettenmißbrauch während der Schwangerschaft. Diese Ablehnung kann dabei verstanden werden als Ausdruck der defizitären Identität der Mutter selbst.

*Rottmann* (1974) hat empirisch nachgewiesen, daß aufgrund einer frühen, unbewußt feindlich ablehnenden Mutter schon pränatal Dispositionen zu einer psychischen Krankheit angelegt werden können. Er unterscheidet dabei vier Typen von Müttern, die ‚optimale‘ mit einer bewußten und unbewußten positiven Einstellung zur Schwangerschaft und Geburt, die ‚ambivalente Mutter‘ mit einer bewußt positiven, aber unbewußt feindseligen Haltung, die ‚kühle Mutter‘ mit bewußter Ablehnung aber unbewußter Annahme des Kindes und die ‚katastrophale Mutter‘, bei der eine bewußt und unbewußt

feindselige Einstellung zum Kind vorliegt. Zunehmend schwieriger im Ausmaß der Ablehnung gestalteten sich für diese Mütter und Kinder Schwangerschaft und Geburt. Besonders stark gestört waren erwartungsgemäß die Kinder der „katastrophalen“ Mütter. Auf dem Symposium der Internationalen Studiengemeinschaft für Pränatale Psychologie (1978) in Salzburg wurden Untersuchungen vorgestellt, die deutlich machten, daß depressive Mütter über einen verlangsamten Kreislauf auch strukturell, das heißt psychisch und somatisch das ungeborene Kind in seiner Entwicklung hemmen. Um die Erforschung des pränatalen Seelenlebens und den Einfluß auf das nachgeburtliche Dasein hat sich besonders *Graber* (1975) verdient gemacht. Auf der Ebene der Ich-Struktur der Gesamtpersönlichkeit finden diese Defizite ihren Niederschlag in einem destruktiven und zersplitterten Körperbild.

Die kindliche Vorstellung vom eigenen Körper wird in der psychoanalytischen Literatur als Grundlage der Ich- und Identitätsbildung gesehen. *Freud* weist schon 1923 auf die Funktion des Schmerzes für die Vorstellungen des eigenen Körpers hin. Zu nennen ist auch *Fenichel* (1945) mit dem Konzept des „Body-Images“ und *Schilder* (1924) und *Federn* (1949) mit dem Konzept der Ich-Grenzen und der Rolle des Schmerzes. Ich werde in der Diskussion darauf weiter eingehen. *Schilder* (1924) übernahm aus der Neurologie den Begriff des Körperschemas. Er erweiterte diesen Begriff im psychoanalytischen Verständnis und konnte aufweisen, daß z.B. in der Schizophrenie ähnliche Verzerrungen im Körperbild wie bei Hirngeschädigten beobachtbar sind. Nach *Schilder* handelt es sich beim Körperschema um eine dreidimensionale Einheit von interpersonalen, umweltlichen und zeitlichen Faktoren. In der Veränderung der Körpersensation, z.B. in der Wahrnehmung der Hautoberfläche bei Berührung, wird die unmittelbare Abhängigkeit der Erfahrung des eigenen Selbst durch einen zwischenmenschlichen Kontakt deutlich. Damit ist die Organisation des Körperschemas auch kein „mechanisches Koordinatensystem, sondern die Antwort auf eine menschliche Situation“ (*El-Safti*, 1973)

*Adlers* Konzept der Organminderwertigkeit und dem daraus resultierenden Machtstreben kommt der Psychodynamik der Patientengruppe, mit der ich mich hier beschäftige, nahe. *Adler* sieht einen engen Zusammenhang zwischen Organminderwertigkeit (1907) und Aggression (1908). Er wehrt sich gegen die Einseitigkeit der Freud'schen Sexualtheorie, die, wie neue Forschungen gerade auch der Berliner Schule bestätigt haben, als ausschließliches Erklärungsprinzip psychischer Entwicklung nicht mehr ausreichend erscheint. *Adlers* theoretischer Ansatz hatte ursprünglich nicht das Ziel, die Psychologie des „normalen“ Menschen zu beschreiben, sondern sein Konzept ist ausgerichtet auf die Psychodynamik des Kranken. Das Machtstreben ist Ausdruck des Willens zur Überlegenheit als Resultat der „Minderwertigkeit“ in der Ausrüstung des Neugeborenen. *Adler* bezieht in sein Konzept eine, wenn auch diffus bleibende Gruppe ein – die Gemeinschaft, der gegenüber sich das Kind minderwertig fühlen muß. Er beschreibt hier eine spezifi-

sche Form der Gruppensituation und zwar die, die weitgehend für die hier vorgestellte Patientengruppe gilt. Mutter und Gruppe konnten dem Kind keine ausreichende narzißtische Bestätigung der eigenen Körpergrenzen gewähren. Durch den Mechanismus der Kompensation muß das Kind im Adlerschen Sinne zeitlebens versuchen, die eigene Mangelsituation zu bewältigen. Dieser Mechanismus wird als Regelfall und damit als Motor psychischer Entwicklung angesehen. Im Konzept der Berliner Schule *Günter Ammons* wird aber diese Form der Kompensation verstanden als ein pathologischer Bewältigungsversuch im Sinne einer sekundären Kompensation, die das narzißtische Defizit der Ich-Struktur, hervorgegangen aus den defizitären Erfahrungen in der Familiengruppe, decken soll. Der von *Adler* postulierte Aggressionstrieb ist in unserem Verständnis zu sehen als die defizitär oder destruktiv gewordene, ursprünglich konstruktive Aggression. Die Verfestigung des Machtstrebens in der Persönlichkeit eines Menschen ist meines Erachtens vergleichbar mit der starren, unflexiblen Ich-Struktur des Psychosomatik-Patienten. Das *Adlersche* Konzept geht von einem Menschenbild aus, das in der Tendenz negativistisch und körperfeindlich ist. Nicht die Entwicklungsmöglichkeit einer gesunden Familiengruppe wird beschrieben, sondern die pathologische Mutter-Kind-Beziehung bei einem organkranken Kind. Die Folge für die Theoriebildung und therapeutische Praxis ist, wie *Ammon* (1978) in seiner Grundlagenarbeit zur Dynamischen Psychiatrie in der Auseinandersetzung mit dem Konzept der orthodoxen Psychoanalyse herausarbeitete, ein letztlich antitherapeutisches Denken, da die Theorie und damit auch die Therapie selbst von einem pessimistischen Ansatz getragen ist.

Die Berliner Psychoanalytische Schule *Günter Ammons* geht dagegen von einem Verständnis der psychischen Entwicklung von kranken und gesunden Ich-Strukturen als Entwicklung in einer realen Gruppe aus, in erster Linie der Primärgruppe. Psychische Entwicklung wird nicht mehr hergeleitet aus der intrapsychischen Triebdynamik in der Auseinandersetzung mit den Forderungen und Möglichkeiten zur Triebbewältigung, sondern erweitert durch das gruppensystemische Feld der Familie und die späteren realen Gruppen eines Menschen. Die Ich-Struktur ist in ihrem Zusammenspiel der Ich-Funktionen Abbild der erfahrenen Gruppensituationen in ihren Defiziten und Möglichkeiten. Der Annahme einer nachholenden Ich-Entwicklung liegt die positive Erfahrung zugrunde, daß auch strukturelle Änderungen im therapeutischen Prozeß möglich sind, auf die am Beispiel der körperlich behinderten Patienten eingegangen werden soll. Das Strukturkonzept der Berliner Psychoanalytischen Schule mit der psychogenetischen, der gruppensystemischen und Ich-strukturellen Ebene der Betrachtung (*Ammon* 1978) ist Ausdruck der Erfahrung, daß die Identität eines Menschen in seiner Einzigartigkeit und Abgehobenheit vom anderen nur zu verstehen ist vor dem Hintergrund seiner organ-biologischen und neurophysiologischen Gegebenheiten und Grenzen, in ihrer Interdependenz zur Gesamtheit seiner realen gegenwärtigen und vergangenen gruppensystemischen und psychosozialen Bezü-

ge. Alle typisierenden Persönlichkeitskonzepte in der akademischen Psychologie, seien es die von *Lersch* (1966), *Rothacker* (1965), Typologien wie die von *McDougall* (1947), letztlich auch die der orthodoxen Psychoanalyse ebenso wie das unausgesprochene Persönlichkeitsbild der Schulpsychiatrie bei *Jaspers* (1946) und *Schneider* (1962) können dem Verständnis der Identität des Menschen und damit auch seiner Krankheit nicht gerecht werden, da sie immer wieder isoliert nur einen Gesichtspunkt als Erklärungsprinzip herausgreifen, bzw. pars pro toto nehmen. Die Berliner Psychoanalytische Schule sieht die primären Ich-Funktionen wie Hören, Sehen, taktiles Wahrnehmen, den Gleichgewichtssinn und die Motilität als bei der Geburt mitgebene Potentialitäten an. Die psychische Entwicklung eines Menschen hängt ab von den pränatal angelegten primären Ich-Anlagen, die sich nach der Geburt weiter differenzieren können, abhängig von ihren physiologischen und gruppenspezifischen Entwicklungsmöglichkeiten. Die primären Ich-Funktionen sind die Grundlage für die ersten kommunikativen Akte zwischen Kind und Gruppe. Sie sind Basis aller weiteren Ich-Funktionen und damit auch der Identität des Menschen. Eine vorgeburtlich angelegte Störung primärer Ich-Funktionen ist auch immer eine Störung pränataler kommunikativer Prozesse. Die entscheidenden Erfahrungen des Kindes finden anfänglich ausschließlich auf der Körperebene statt. Dabei ist nicht allein die reale nährenden und schützenden Versorgung des Kindes durch die Mutter von Bedeutung, sondern in erster Linie ist es die atmosphärische Erfahrung des Angenommen- und Verstandenwerdens und der Grenzsetzung auf der Ebene der Körperlichkeit, wie auch die Beobachtungen von *Spitz* (1959) und *Harlow* (1962) nachgewiesen haben. *Ammon* (1978) definiert Ich-Identität als den „entwicklungsgeschichtlich gewachsenen funktionalen Kern der Persönlichkeit.“ Die Identität faßt *Ammon* auf „als eine strukturelle Ich-Funktion, die in einer innigen Interdependenz mit anderen primären, zentralen und sekundären Ich-Funktionen steht.“ Eine Beeinträchtigung primärer Ich-Anlagen, sei sie angeboren oder früh erworben, führt, ausgehend von einem Verständnis der Ganzheit der Persönlichkeit zu einer Störung kommunikativer Prozesse zwischen Kind und Gruppe, zu einer Störung im Zusammenspiel zentraler und sekundärer Ich-Funktionen und damit immer auch zu einer Störung der Identitätsbildung, sofern die körperliche Störung nicht durch eine entsprechend verstehende und annehmende Haltung von Mutter und Gruppe beantwortet und aufgefangen wird. *Portmann* (1951) spricht vom Menschen, der in einen „sozialen Uterus“ hineingeboren wird. Diesen sozialen Uterus stellt die umgebende Gruppe, in erster Linie der intermediäre Raum zwischen Kind und Mutter dar.

Es soll in dieser Arbeit nicht versucht werden, psychotherapeutische Ansätze auf die Behandlung klar organischer Erkrankungen zu erweitern, wenn auch im psychotherapeutischen Prozeß organisch definierte Erkrankungen gebessert werden können, sondern es geht um spezifische Probleme im Verständnis der Auswirkung angeborenen körperlichen Leidens auf die Identität



des Menschen. Ich möchte an dieser Stelle *Gisela Ammon* (1973) zitieren: „In der psychosomatischen Reaktion handelt es sich um die bewußte oder unbewußte Ablehnung der Ganzheit des Kindes durch die Mutter. Oft meint sie damit direkt die Körperlichkeit des Kindes, die ihr unvollkommen erscheint. Dem liegt zugrunde, daß die Mutter selbst kein integriertes Körper-Ich besitzt oder daß die Gruppe der Mutter keinen körperlich-emotionalen Kontakt gestattet. Das psychosomatische Symptom bei Kindern signalisiert diesen Bruch in der Kommunikation mit der Mutter.“ In einer pathologischen Familiengruppe bekommt der angeborene Körperschaden des Kindes die psychische Funktion eines psychosomatischen Symptoms. Der Umgang mit der körperlichen Krankheit wird zum unausgesprochenen Gruppenkonflikt, das Kind zum Symptomträger, wenn Mutter und Gruppe die Kränkung, ein mißgebildetes Kind zu haben, als Bedrohung ihrer eigenen Identität erleben, darüber aber emotional nicht kommunizieren können. Im gruppensystemischen Feld wird das gestörte Körperbild des Kindes Ausdruck der gestörten Körperlichkeit und Integrität der Familiengruppe selber. Die Familie kann damit auf Kosten des kranken Kindes eine labile Homöostase aufrechterhalten, braucht aber das Kind in seiner Krankheit. Die Familie entwickelt, um dieses labile Gleichgewicht zu erhalten, große Energien, um das Kind in dieser Funktion zu belassen. In der Behandlung von Kindern mit Körperdefiziten kommt es gehäuft zu Abbrüchen in der Therapie, wenn entweder das Kind sich aus dieser Klammer zu lösen beginnt oder z. B. durch einen operativen Eingriff das Symptom weggenommen wird. Unbewußt versuchen die Eltern immer wieder, das Kind als körperlich kranken Patienten zu halten, um sich zu schützen vor der Desintegration ihres eigenen Körperschemas. Für das Kind kommt dieser Gruppenkonflikt, den es tragen muß, einer Verweigerung des elementaren Lebensrechts gleich (Ammon 1974), sich im positiven Sinne als ein besonderer und einmaliger Mensch zu fühlen. Die narzißtische Bestätigung der kindlichen Vollkommenheit in der liebevollen Zuwendung der Mutter zum Körper des Kindes ist die Basis zur Bildung des Körper-Ichs und damit Voraussetzung einer beginnenden Abgrenzungsfähigkeit in der Unterscheidung von Ich und Nicht-Ich. Das Identitäts- und Lebensverbot des behinderten Menschen ist damit nicht primär in der körperlichen Krankheit begründet, sondern in dem verinnerlichten Bruch in der Kommunikation mit der Mutter. Die defizitäre Bestätigung der Körper-Grenzen oder die pseudohafte, letztlich aber nicht kommunikative, überfürsorgliche Zuwendung der Mutter zum kranken Körper des Kindes sind Aktion und Reaktion der narzißtisch kranken Mutter, die ihr geschädigtes Kind als Kränkung der eigenen Vorstellung über ihren Körper erlebt. Mutter und kranke Familiengruppe profitieren insofern aus dem defekten Körperschema des Kindes, als dies wie ein Schlüssel in das Schlüsselloch der destruktiven Familiendynamik hineinpaßt. Offene oder versteckte Ablehnung des Körpers des Kindes, verbunden mit einer aus Schuldgefühlen gespeisten übermäßigen Zuwendung, die aber keine im konstruktiven Sinne narzißtische Zuwendung ist, stellen für

das Kind Situationen einer schlagartig wechselnden Verlassenheit oder pseudohaften Nähe dar, in der das Kind aber ebenso verlassen bleibt. Das mißgebildete Kind stellt an die Mutter, wie später der Patient an den Therapeuten, ständig die Frage nach der eigenen Identität im Umgang mit den Körpergrenzen. Die Mutter muß sich der Auseinandersetzung stellen mit der ungeheuren Kränkung, ein Kind zu haben, mit dem von Anfang an nur in Grenzen die für die psychische Entwicklung des Kindes notwendige gemeinsame Erfahrung einer omnipotenten Eroberung der Welt erlebt werden kann. Eine Mutter, die aufgrund ihrer eigenen Kränkung durch die Geburt des mißgebildeten Kindes dem Kind diese notwendige narzißtische Bestätigung und die mit der Mutter ungetrennt erlebten Allmachtsgefühle nicht gestattet, verhindert bei ihrem Kind eine grundlegende Erfahrung für den Aufbau von Ich-Strukturen. Häufig fallen mißgebildete Kinder durch kompensatorisch aufgepufpte Ich-Leistungen auf, z.B. durch besondere intellektuelle Leistungen. Sie erhalten auf diesem Gebiet einen Teil der lebensnotwendigen Anerkennung. Kinder, die jedoch auch in ihrer sekundären Ich-Funktion der Intelligenz eingeschränkt werden, bleiben als Reaktion auf diese totale Mangelsituation auch emotional auf einer undifferenzierten Entwicklungsstufe, die dann nicht allein aus ihrer körperlichen Behinderung verstanden werden kann. In der Geschichte gibt es eine Vielzahl von Beispielen über die destruktive Wirkung von Menschen mit einer überkompensatorischen Fassade intellektueller Leistung bei einer zentralen, zugrundeliegenden Störung primärer Ich-Funktionen und reaktiv einer Deformation der zentralen Ich-Funktionen, insbesondere der Identität.

Gemeinsam ist diesen Menschen ein untergründiges feindseliges paranoides Mißtrauen anderen Menschen gegenüber, getragen von einer depressiven Verbitterung. Nur selten erfahren diese Menschen die befürchtete oder phantasierte Ablehnung unmittelbar in bezug auf ihre Körperlichkeit, sondern sehr viel diffuser, unabgegrenzter auf ihre gesamte Person. Damit perpetuiert sich die kindliche Erfahrung, daß die Mutter dem Kind nicht möglich gemacht hat, Aufschluß über seine Realität zu bekommen. – Die eigentliche Aggression der Mutter ist dabei also nicht allein die direkte offene Ablehnung der Mißbildung, sondern die Einschränkung der Erfahrungsmöglichkeiten des Kindes. Alle diese Prozesse spielen in der psychotherapeutischen Behandlung in der Auseinandersetzung zwischen Patient und Therapeut eine große Rolle. Ich werde anhand der Fallbeispiele darauf eingehen.

Zum Verständnis der Psychogenese von Strukturdefekten der primären Ich-Funktionen reicht eine gründliche Anamnese der Einstellung der Mutter zum Kind in der Schwangerschaft und nach der Geburt nicht aus. Besonders in der Anfangsphase des therapeutischen Prozesses sind die Gegenübertragungsreaktionen des Therapeuten auf den Körper des Patienten ein Indikator für die primäre emotionale Erfahrung des Kindes. In der Auseinandersetzung mit dem mißgebildeten Kind und Patienten kann der Psychotherapeut an sich in der Reaktion auf den Patienten erleben, daß er selbst mit den Ge-

fühlen der Ablehnung bis hin zu körperlichem Ekel und Abscheu reagiert, daß er mit dem Patienten nicht unmittelbar Kontakt aufnehmen kann, ihn manchmal nicht ansehen mag, weil er sich immer wieder mit der Mißbildung konfrontiert sieht, oder daß zwischen dem Patienten und ihm ein Gefühl wie Milchglas entsteht, das fast körperlos ist. Die Wahrnehmung des Körperbildes des Patienten, das im normalen zwischenmenschlichen Umgang integriert ist, bleibt hierbei völlig abgespalten. Diese Gefühle lassen einen Einblick zu, in welches emotionale Feld ein mißgebildetes Kind hineingeboren wird. In der psychotherapeutischen Behandlung ist der Umgang mit diesen Gefühlen ein wesentliches Prinzip der Therapie. Sie können auf der einen Seite Gegenübertragungsreaktionen, andererseits aber auf einer ganz tiefen Ebene Ausdruck der Identitätsangst des Therapeuten selbst sein, der sich in der Behandlung eines körperbehinderten Menschen auseinandersetzen muß mit seinem eigenen Körperbild, um eine wirklich strukturelle Psychotherapie möglich zu machen. Zwischen den direkten Wünschen des Kindes nach Wärme, Nähe und narzißtischer Zuwendung steht bei der narzißtisch kranken Mutter die kontaktverbietende Verleugnung oder Ablehnung des kranken Körpers. Der kranke Körper bekommt damit die Funktion einer pervertierten Beziehungsaufnahme zur Umwelt in einer Form, die starr und unflexibel ist. Dazu ein Zitat aus der Therapie eines Patienten mit einer angeborenen Hasenscharte: „Mein Nicht-sprechen-können ist meine einzige Waffe.“ Für ein Kind ist das motorische Herangehen, das Anfassen und auf etwas Zugehen im Sinne des konstruktiven *Adgredi* eine wesentliche Voraussetzung zur Ausbildung eines inneren Raumes, der den Umgang mit Phantasien, Gefühlen, Wünschen und Ängsten ermöglicht. Eine körperliche Behinderung bildet eine natürliche Einschränkung, die aber nur dann zu einer Beeinträchtigung der psychischen Entwicklung der konstruktiven Aggression führt, wenn in der Interaktion zwischen Mutter und Kind die körperliche Beeinträchtigung als pathologische Beziehungsbrücke zwischen Mutter und Kind arretiert bleibt und wenn es der Mutter nicht gelingt, die verbliebenen anderen gesunden Ich-Funktionen des Kindes als Ausdruck seines Lebenswillens zu sehen und zu fördern. Geschieht das nicht, wird die gesamte destruktiv gewordene Aggression in der körperlichen Erkrankung gebunden und erhält damit einen Realitätscharakter, der im psychotherapeutischen Prozeß als zentrales Problem anzusehen ist, da die Auswirkung auf den zwischenmenschlichen Kontakt defizitär ist und für die Patienten einem Identitätsverbot gleichkommt.

Viele körperliche Schädigungen sind als irreversibel anzusehen. Die Irreversibilität der körperlichen Krankheit als einer Grenze, mit der der Patient leben muß, ist aber im psychotherapeutischen Prozeß, in der Haltung des Psychotherapeuten dem Patienten gegenüber und dem neuen Identitätsentwurf, den er dem Patienten zur Verfügung stellen muß, nicht gleichzusetzen einer Irreversibilität der mit der Krankheit assoziierten kranken Identität des Patienten. Nachholende Ich-Entwicklung eines Patienten mit einem körper-

lich primär gegebenen Leiden muß deshalb heißen, im psychotherapeutischen Prozeß die in der körperlichen Behinderung gebundene destruktive Aggression in der Beziehung zwischen Patient und Therapeut lebendig werden zu lassen und damit einer Veränderung durch neue realitätsgerechte Erfahrungen zuzuführen. Die krankhaltende Gruppe, die das Kind zur Abwehr der eigenen Angst und des eigenen Identitätskonflikts auf der Ebene des kindlichen Körperbildes mißbraucht, gestattet dem Kind nicht, eigene autonome Grenzen zu entwickeln, da es sich in seinen defizitären Anteilen von der Gruppe nicht unterscheiden darf. Die mangelnde Unterscheidungsfähigkeit zwischen Ich- und Nicht-Ich bzw. zwischen Ich und Wir führt dazu, daß die eigene verinnerlichte Aggression projektiv nach außen gelagert wird. Patienten, die mit einem pränatalen körperlichen Defekt in die psychotherapeutische Behandlung kommen, weisen extreme Schädigungen bzw. Defizite der zentralen Ich-Funktionen des Narzißmus, der Abgrenzungsfähigkeit nach innen und außen, sowie der Aggression und Angst auf. In den Fallbeispielen, die ich vorstellen werde und die exemplarisch für die Gruppe der körperbehinderten Patienten stehen können, wird die Nähe zur psychotischen Desintegration als Ausdruck einer archaischen defizitären Symbiose deutlich werden. Der Zusammenhang ist bekannt für den Psychosomatik-Patienten. Schon *Meng* (1934) spricht von der körperlichen Krankheit als „Organpsychose“. Viele Beobachtungen von klinischen Praktikern weisen z.B. auf den Zusammenhang zwischen schweren operativen Eingriffen und psychotischen Reaktionen hin, z.B. bei Eingriffen am Herzen. Beeinträchtigt sind körperbehinderte Patienten vor allem im Bereich einer wichtigen Ich-Leistung, und zwar im Bereich der Anerkennung ihrer Begrenzung und der dahinterliegenden ohnmächtigen narzißtischen Wut. Die körperliche Behinderung schränkt die Patienten häufig real in ihren Möglichkeiten zur Selbstverwirklichung ein. Die Auseinandersetzung mit diesen Grenzen ist zu unterscheiden von der Ich-Funktion der Abgrenzung nach innen und außen, obwohl sie damit in einem korrespondierendem Zusammenhang steht. Diese Auseinandersetzung mit den Grenzen der eigenen Möglichkeiten ist ein zentral menschliches Problem bis hin zur Auseinandersetzung mit dem Tod als Grenze. Als Beispiel sei hier der epileptische Anfall genannt. Er ist in seinem Ablauf ein Äquivalent der ständigen Bedrohung des psychischen Todes. Die irreversible körperliche Behinderung ist eine Begrenzung, mit der sich der Patient im Verlauf der Therapie in einem menschlichen Sinn versöhnen und lernen muß, diese Realität emotional in seinen Identitätsentwurf zu integrieren. Die Ideal-Ich-Vorstellung der eigenen körperlichen Vollkommenheit und Unversehrtheit steht bei jedem Menschen im Widerspruch zur Realität des Körpers und seiner Veränderungen im Laufe der Zeit. *Ammon* (1973, 1978) und *Keller* (1978, 1979) haben auf den engen Zusammenhang zwischen Körper-Ich-Störungen und archaischen Ich-Krankheiten, besonders bei psychosomatischen Erkrankungen und den sog. sexuellen Perversionen hingewiesen. Homosexuelle z.B. mit ihrem extrem narzißtisch besetzten Kör-

perbild erleben die Angst vor dem Alter und die Veränderung des eigenen Körpers ihrer gesamten Identität. Demgegenüber steht das extrem negativ besetzte Körper-Ich des körperbehinderten Patienten. Beiden ist aber gleich, daß mit dem Körperschema Identitätsersatz und Identitätsverbot assoziiert wird. Die Auseinandersetzung mit der menschlichen Existenz als einer Auseinandersetzung mit ständig sich ändernden Grenzen und damit auch veränderten körperlichen Gegebenheiten ist folglich nicht allein Aufgabe der Behinderten, sondern eine generalisierbare, die sich aber dem körperlich Behinderten mit besonderer Intensität stellt. Die Grenzen des Patienten sind reale Grenzen, auch wenn sie im Verlauf der Psychotherapie von dem funktionalen Charakter einer kranken Beziehungsaufnahme entbunden werden können. Grenzen der Veränderung primärer Ich-Funktionen wie z. B. bei einem contergangeschädigten Kind zwingen den Therapeuten unmittelbar, sich über die Grenzen der therapeutischen Möglichkeiten auseinanderzusetzen. Die Behandlung von körpergeschädigten Kindern und Erwachsenen erfordert damit unmittelbar die Auseinandersetzung mit der therapeutischen Identität selbst. Der Patient kommt in die Behandlung mit der unbewußten Erwartung, die Behandlung gäbe ihm einen gesunden Körper. Der Therapeut muß die Verführung durch die omnipotente Erwartung des Patienten an ihn erkennen, da er sonst den Patienten in seinem Mensch-Sein, das die körperliche Begrenztheit integrieren muß, verläßt. Eine pseudoemphatisch „annehmende“ Haltung, die Tatsache der körperlichen Behinderung des Patienten zu leugnen oder umgekehrt, den Patienten in der üblichen Form ausschließlich auf die negative Identität einer Defektstruktur eines „Behinderten“ zu reduzieren, entspricht in der unreflektierten Gegenübertragung der Haltung einer narzißtisch kranken Mutter, die dem Kind nicht ermöglicht, seine Realität wahrzunehmen. Ähnlich wie jedes Kind in seiner Entwicklung die Erfahrung machen muß, daß es etwas nicht kann, um seine eigenen Grenzen zu erleben und zu entwickeln, muß auch der körperlich behinderte Patient im therapeutischen Prozeß zu einer Neubestimmung seiner eigenen Grenzen im eigenen Recht und zu einer Versöhnung mit der z. T. lebenslangen Abhängigkeit einer kontinuierlichen medizinischen Betreuung kommen können.

Im Folgenden sollen zwei Fallbeispiele die theoretische Diskussion verdeutlichen. Das erste Beispiel stammt aus der Kindertherapie eines 13 Jahre alten Jungen mit einem angeborenen Wirbelsäulenleiden, verbunden mit einer Störung des zentralen Nervensystems und der simultanen Therapie seiner Mutter. Das zweite Beispiel eines psychotisch reagierenden Patienten stammt aus der klinisch stationären Behandlung. Der Patient litt an einem massiven paranoiden Wahn und angeborenen Klumpfüßen.

Das erste Beispiel soll die extrem defizitäre Symbiose des primär körpergeschädigten Jungen mit seiner Mutter illustrieren vor dem Hintergrund einer familiären Gruppendynamik, die das Kind in extremem Maß zur Abwehr der eigenen Identitätsangst benutzte. Die Mutter dekompenzierte in dem Moment psychosomatisch, als ihr Sohn im Umgang mit seinem Körper konstruktive Schritte unternahm. In der zweiten Fallvignette wird psychodynamisch die Auseinandersetzung mit den Körpergrenzen unter dem Gesichtspunkt der Abgrenzung heraus gearbeitet. Erstes Fallbeispiel:

Thomas ist ein lang aufgeschossener Junge mit einem auffällig undifferenzierten Körper, riesig langen Armen und Beinen und einem Gesicht, das noch deutlich kleinkindhafte Züge trägt. Zu

Beginn der Therapie war eine Störung seiner Feinmotorik dominant. Er ging tapsig, ohne sich beim Laufen auf die Eigenarten des Bodens einstellen zu können. In seinen Arm- und Rumpfbewegungen war er häufig unterbrochen von ungesteuerten und ziellosen Bewegungen, so daß er, besonders wenn er sich nicht wohlfühlte, alles umwarf und umrannte. Seine Bewegungs- und Gleichgewichtsstörungen als Beispiel für die gestörten primären Ich-Funktionen traten immer in Situationen auf, in denen Thomas hätte Angst haben müssen. Sie sind ein Indiz für eine archaische Schädigung des Körper-Ichs, verbunden mit der Unfähigkeit, Angst wahrnehmen zu können. Unter Belastung drohte er auf der Ebene des Körper-Ichs zu desintegrieren. In die Behandlung war er wegen einer sogenannten Legasthenie gekommen, ein leichter Hirnschaden war diagnostiziert worden. Thomas ist pränatal körperlich geschädigt durch eine angeborene Wirbelsäulendeformation und hatte die ersten eineinhalb Jahre in völliger Bewegungsbeeinträchtigung im Gipsbett verbracht. Er hatte eine Kette von psychologischen und kinderspsychiatrischen Behandlungen und Verhaltenstrainings hinter sich, die immer nur auf sein Symptom der Schreibschwäche ausgerichtet waren, die aber die Familiendynamik außer Acht gelassen hatten und deswegen gescheitert waren. Mehrere Gutachten hatten ihm die Zukunft eines „Behinderten“ vorausgesagt und damit ein Identitätsverbot ausgesprochen.

Der enge Zusammenhang von Körper-Ich-Störung und Psychose zeigte sich in seinen zerstörerischen Phantasien, von denen er überflutet war. Er kam in einem psychotischen Zustand in die Kindertherapie, fixiert auf seine Phantasien und Aktionen mit seinem hochexplosiven Chemielabor, seinen scharfen Waffen, die ihm die Eltern geschenkt hatten. Seine Phantasien konnte er kaum von der Realität trennen, da er überall auf der Welt Terroristen und Einbrecher wählte, gegen die er sich mit seinen Waffen und seinem Gift schützen wollte. Von seinen Alterskameraden wurde er abgelehnt auch wegen seines überkompensatorischen „angeberischen“ Verhaltens. Er war belastet mit dem Stigma des „geisteskranken Kindes“. Zu Hause saß er allein inmitten einer Unzahl von Spielsachen, von der Eisenbahn bis hin zur kompletten Großkinoausrüstung. Die Eltern hatten ihn über Jahre hinweg mit all diesen Dingen überschüttet. Diese fassadenhafte, ausschließlich materielle Zuwendung ließ Thomas völlig allein, da er nur selten erfahren hatte, daß Mutter oder Vater sich im Sinne eines emotionalen, kommunikativen Spiels mit ihm beschäftigt hatten.

Ich-strukturell zeigt sich bei Thomas das Bild eines archaischen Defizits der primären Ich-Funktionen der Motilität, des Gleichgewichtssinns, eine extreme Beeinträchtigung der Ich-Funktionen der konstruktiven Aggression und Angst und der Abgrenzung nach innen und außen. Die Darstellung seiner kranken Seite vermittelt auch einen Eindruck von dem Gefühl, das der Junge anfänglich in der Therapie in mir auslöste. Die alles beherrschende Destruktivität ist zugleich auch ein Spiegel der Familiendynamik, die Thomas als Träger der Angst und Destruktion mißbrauchte, um selber fassadär zu funktionieren.

Nachdem das deutlich wurde, war es auch möglich, hinter der ganzen Pathologie einen jungen Menschen entdecken zu können, der sehr sensibel war und allmählich auch begann, emotional über die Menschen um ihn herum, für die er sich nach und nach zu interessieren begann, zu sprechen. Dennoch brauchte es Monate, bis er überhaupt kontinuierlich zur Therapie kam, die Mutter schaffte es immer wieder, ihn jenseits aller bewußten Beteuerungen der Therapie fernzuhalten.

Die Mutter ist eine depressive, schwer psychosomatisch kranke Frau mit einer äußerlich attraktiven, gepflegten Fassade, der Vater der Typ eines kalten, schizoid-paranoiden Managers.

Die Mutter hatte in ihrer eigenen Familie immer wieder eine extreme Ablehnung auf der Körper-Ich-Ebene erfahren. Für ihre eigene Mutter war sie eine bedrohliche Rivalin in der Konkurrenz um die Zuwendung des Vaters gewesen. Ihr wurde vermittelt, daß sie abstoßend und häßlich sei. Sie hatte darauf hin im Sinne einer Kompensation die Fassade einer adretten und gepflegten, aber völlig asexuellen und frigiden Frau aufgebaut. Die Kleider, die sie trug und nur in Spitzensalons kaufte, waren ein Ersatz für den eigenen, als häßlich erlebten Körper. Sie hatte die Phantasie, mit diesen Kleidern handeln zu können, d.h. Kontakt aufnehmen zu können, brachte es aber nicht weiter, als daß sie sich ein Lager von Modellkleidern im Werte von mehreren zehntausend Mark zulegte, die sie nicht absetzen konnte.

Die Schwangerschaft war unerwünscht gewesen, die körperliche Veränderung während dieser Zeit erlebte sie als eine unerträgliche Deformation. Der Ehemann konnte sie in dieser Veränderung nicht annehmen; Schwangerschaft und Geburt führten zur ersten offenen tiefen Krise der Ehe. Der Mann zog sich von ihr zurück, weil er die Veränderung ihres Körpers in der Schwangerschaft, die er nicht gewünscht hatte, abstoßend erlebte. Für die Mutter von Thomas war dies eine Wiederholung ihrer körperlichen Ablehnung, die sie durch die eigene Mutter erfahren hatte. Sie fühlte sich mit dem Neugeborenen völlig alleingelassen. Die Tatsache, ein körperlich nicht

gesundes Kind geboren zu haben, betraf sie so tief, daß im Anschluß an die Geburt wegen einer gynäkologischen Erkrankung ein mehrwöchiger Krankenhausaufenthalt notwendig wurde. In dieser Zeit war das Kind von ihr getrennt. Durch die Krankheit des Kindes fühlte sie sich dermaßen mit ihrem eigenen als defizitär erlebten Körperbild konfrontiert, daß sie glaubte, die Prognose ihrer Mutter sei wahrgeworden. Nach Rückkehr aus dem Krankenhaus behandelte sie das Kind, das sie als real gewordenes Bild ihrer eigenen Angst vor einem defekten Körper ablehnte, aus den daraus resultierenden Schuldgefühlen ausschließlich auf der Ebene der körperlichen Erkrankung. Sie hatte die unbewußte Phantasie, auf magische Weise diesen Wirbelsäulendefekt wegzuräumen zu können, um damit die Gewißheit über ihren eigenen unbeeinträchtigten Körper wieder zu erlangen. Stunden- und wochenlang wurden deswegen mit dem Kind Bewegungsübungen gemacht, die restliche Zeit war das Kind im Gipsbett festgeschnallt. Dieser schematisierte abrupte Wechsel von Fassader großer Nähe und Körperkontakt und der totalen Verlassenheit und Bewegungsunfähigkeit im Gipsbett, mußte beim Kind das Gefühl der absoluten Hilflosigkeit und Einsamkeit hinterlassen. Die Mutter war kaum in der Lage, mit dem Kind, das sie in der restlichen Zeit im Gipsbett der Bewegungsunfähigkeit und damit einer totalen symbiotisch-arretierten Umklammerung überließ, emotional Kontakt aufzunehmen.

Die Kommunikation mit ihrem Kind war ritualisiert und richtete sich nach dem Ablauf der Übungen und nicht nach den emotionalen, narzißtischen Bedürfnissen des Kindes oder ihren eigenen. Eine entsprechende Dynamik zeigte sich bei Therapiebeginn in der Familie, die der Vater mit einem Optimierungsprogramm wie in einer Managerschule unter Kontrolle hatte. Gefühle waren ausgeklammert. Meine Aufgabe als Therapeut bestand als erstes darin, die reale Bedrohung, die über der Familie durch die hochexplosiven Chemikalien und Waffen lag, ernst zu nehmen. Thomas reagierte darauf mit großer Wut und Angst, merkte dann aber, daß zum ersten Mal mit ihm und über ihn gesprochen wurde. Die Symptome seiner Schreibschwäche, seine Motorik, wurden im therapeutischen Prozeß mehr und mehr zu einer Nebensache. Im Zentrum stand vielmehr der Junge in der Identitätskrise der Pubertät, der seiner Mutter völlig hilflos gegenüberstand. Neben der Bearbeitung seiner Wut, die sich in zerstörerischen Spielen bis hin zu „Explosionen“ seines chemischen Materials im Therapieraum äußerte, stand im Mittelpunkt das Interesse für seine Beziehungen, die er nach und nach außerhalb der Therapie aufnahm, wobei er anfänglich noch zu seiner ersten Verabredung mit einem Mädchen mit einer geladenen Gaspistole erschien.

Das entscheidende Agens der Therapie war die Art und Weise, wie der Kontakt zwischen Thomas und mir möglich wurde und sich veränderte. Die anfänglichen Gefühle der Hilflosigkeit gegenüber soviel zerstörerischer Kraft, ein immer wieder auftretendes Gefühl der inneren Abwehr gegenüber dem Körper des Kindes waren Ausdruck der Gegenübertragung. Diese emotionale Reaktion verschwand in dem Maße, wie ich verstand, daß Thomas die Kränkung seines Andersseins und seiner körperlichen Grenzen gar nicht erleben durfte, sondern daß er sie ständig, z. B. durch immer neue Kleidungsstücke wie die Mutter abwehren mußte. Einem Patienten die Auseinandersetzung mit der tiefen eigenen Kränkung zu ermöglichen, ist aber erst dann möglich, wenn der Therapeut die Begrenzung in der Therapie selber akzeptiert und damit auch seine eigenen Möglichkeiten als Therapeut realistisch definieren kann.

In diesem Moment wurde es zum ersten Mal möglich, in der Therapie eine gemeinsame Handlung zuende zu führen, hatte er doch bislang immer wieder alle Aktivitäten begonnen und wieder aufgegeben, wenn er an den Punkt kam, wo er sich mit dem Geleisteten hätte messen müssen im Hinblick auf seine unbewußten unabgegrenzten Omnipotenzphantasien. So hatten wir zusammen in mehreren Stunden das Modell eines Rennwagens gebaut. In der Sitzung, wo das Modell hätte endgültig zusammengebaut werden können, erschien er mit einem von seiner Mutter gekauften perfekten ferngesteuerten Modell.

In dem Maße, wie der Junge mehr und mehr Autonomie und damit eine erste Abgrenzung entwickelte, reagierte die Mutter im Verlauf ihrer parallelen Therapie mit psychosomatischen Symptomen, Übelkeit, Erschöpfungszuständen, Entzündungen in Armen und Beinen, die so weit gingen, daß ein Arm fast abgenommen werden mußte. In dieser Zeit fand Thomas zum ersten Mal in seinem Leben Freunde, mit denen er nachmittags zusammen war. Vorher hatte er alles zusammen mit der Mutter gemacht, war mit ihr Einkaufen gegangen, mit ihr in Urlaub gefahren und war dort ohne den Vater, allein mit der Mutter relativ symptomfrei. Beide waren aktive Tauchsportler, ein Sport, der beiden tiefe archaische Phantasien erfüllte. Psychodynamisch und Ich-strukturell ist die Zeit, in der die Mutter dekompenzierte, genau der Moment, wo Thomas aufgrund seines konstruktiver gewordenen Körperbildes gruppendynamisch nicht mehr im Dienste der Familiendynamik krank zu sein brauchte.

Die Ehe kam, ähnlich wie bei der Geburt, in eine Krise, in der der Mann aus der gemeinsamen Wohnung auszog. Die Mutter konnte aber den Zusammenhang mit der Pathologie des Sohnes und ihrer eigenen Angst und Körperfeindlichkeit nach und nach verstehen und bearbeiten und den Jungen allmählich aus der symbiotischen Umklammerung entlassen. Der zu Beginn der Therapie so schwer bewegungsgestörte Junge begann, den eigenen Körper als etwas zu entdecken, mit dem er spielen und umgehen konnte und begann, sich für Sportarten zu interessieren, die gefährlich genug waren, um seinen unbewußten Zerstörungphantasien einen Spielraum zu geben. Mittlerweise ist er Jugendmeister im Skateboardfahren, die Mutter spielt mit Erfolg in ihrem Tennisverein.

## 2. Fallbeispiel

Es handelt sich um einen 35 Jahre alten Studenten der Sozialarbeit, der mit einem massiven paranoiden Wahn in die Klinik kam. Er war von Geburt an körperbehindert durch zwei Klumpfüße. Nach einer psychotischen Reaktion wurde er im Verlauf einer Prüfungssituation in die Tagesklinik, in der ich arbeitete, eingewiesen. In seiner Familie war nie offen in seiner Gegenwart über seine Körperbehinderung gesprochen worden. In seinem Wahn, wo er Stimmen aus dem Radio und Fernsehen hörte, ahnte er aber die unausgesprochene Ablehnung und hat damit wohl auch Recht gehabt. Seine Mutter hatte ihn in seiner Kindheit – scheinbar um ihn vor den Hänseleien anderer Kinder zu schützen – von allen Kontakten ferngehalten, ihn wie einen Hund im Garten gehalten, aus dem er brutal, ohne daß vorher oder nachher mit ihm darüber gesprochen wurde, herausgerissen wurde, um ihn zu einer der vielen Fußoperationen zu bringen. Er konnte sich dagegen nie schützen, erlebte seinen Körper ganz als Besitztum der Mutter, die ihm über die Operationen für ihn unverständliche Schmerzen zufügte. Ähnlich verfügte sie auch noch z.Zt. des Klinikaufenthaltes über ihn, indem sie in seine Wohnung, die er schön gestaltet hatte, und die er wie eine Erweiterung seines Körperbildes erlebte, zu jeder Zeit mit einem Schlüssel eindringen konnte. Der Patient hatte durch diese permanenten Grenzüberschreitungen keinen Bereich seines Lebens für sich allein. Die Besuche seiner Mutter erlebte er immer wieder wie die operativen Eingriffe seiner Jugend. Diese Eingriffe lassen sich psychodynamisch verstehen als direkte Eingriffe in die Ich-Grenzen, die er als Kind als Vernichtungsandrohung erleben mußte. An dieser Stelle sei das Konzept von *Federn* (1952) über den Schmerz genannt. *Federn* unterscheidet zwischen dem Suffering (am Schmerz leiden) und dem Feeling (Schmerz fühlen). Das Erleiden von Schmerzen setzt ein entwickeltes Ich voraus, denn die Fähigkeit, Schmerz zu erleiden, ist eine aktive Ich-Leistung, wobei im Moment des Schmerzes die Ich-Grenzen sich öffnen und sich neu organisieren müssen. Im „Feeling“ wird dagegen der Schmerz als ein von außen kommender Angriff erlebt, der die Ich-Grenzen von außen bedroht und als Gefahr der Dekompensation der Ich-Integrität abgewehrt werden muß. Die Verletzbarkeit und Brüchigkeit der Ich-Struktur hat wie beim Patienten des Fallbeispiels zur Folge, daß er nicht wirklich leiden konnte, sondern die Bedrohung in seinem Wahn projektiv nach außen verlagern mußte. Im Ich-strukturellen Sinn ist es ein therapeutisches Ziel, dem Patienten ein Leiden im Sinne des „Suffering“ zu ermöglichen. Damit erst wird die Voraussetzung geschaffen, die Behinderung in die Ich-Grenzen zu integrieren und sich mit ihr versöhnen zu können.

Ein Bündnis mit gesunden Ich-Funktionen zum Aufbau einer therapeutischen Beziehung gelang mit diesem extrem mißtrauischen Patienten anfänglich kaum. Die gruppodynamische Situation einer nach milieutherapeutischen Prinzipien arbeitenden Klinik, in der die Gruppe der Mitarbeiter dem Patienten vorübergehend ihre eigenen Grenzen regulierend und stützend bereitstellt (Ammon, 1959, 1973, 1978, Husemann 1978), machte es möglich, den Patienten im Schutz der Gruppe immer wieder mit der Dynamik seiner eigenen Krankheit, seiner inneren und äußeren Verkrüppelung zu konfrontieren. So konnte das in der Erkrankung geronnene destruktive Potential in seiner Beziehungsfunktion in der Gruppe wieder lebendig werden. In der Gruppe war er anfänglich abgelehnt worden, aber nie offen wegen seiner kranken Füße. Er wurde in die negative Rolle des Außenseiters und Sündenbocks gedrängt, auf den alle Identitätsängste der anderen Patienten aufgeladen wurden.

Er selbst konnte seine Wut und Verzweiflung darüber nicht zeigen, sondern mußte immer wieder alle die, die ihn so ablehnten, verstehen und tolerieren, so wie er auch früher immer seine Mutter hat verstehen müssen. Dieser Widerspruch zwischen der realen Ablehnung und dem subjektiven Erleben ist Ausdruck der ungeheuren Kluft zu sich selber und Ausdruck der großen Beziehungslosigkeit zum eigenen Körper. Für mich als Therapeuten war das offene Ansprechen der Verkrüppelung im Hier und Jetzt des Gruppengeschehens z.B. beim Sport anfänglich selber sehr schwierig bis ich spürte, daß ich nur in dieser Weise in einen direkten und zeitweilig aggressiven Kontakt mit ihm kommen konnte, wo es ihm möglich wurde, all seine Wut und Angst zu



äußern. Dadurch fühlte er sich letztlich verstanden. In dieser Phase erlebte der Patient mich in der Übertragung wie die ihn vernichtende und verlassende Mutter. Über eine begrenzte Zeit wurde es nötig, ihn stationär aufzunehmen, wobei er weiterhin an der tagesklinischen Behandlung teilnahm. In dem Maße, wie er seine eigene Wut und Verlassenheit nicht mehr in seinen paranoischen Ängsten abzuwehren brauchte, wurde auch seine Kontaktbereitschaft größer und er konnte sich so zum ersten Mal in eine Gruppe integriert fühlen. In seinem Leiden an der Behinderung durch seine Klumpfüße war er erst in der Gruppe erreichbar geworden. Die Gruppe und er konnten herausfinden, wo denn wirklich seine Grenzen waren. Während er aufhörte, seine Krankheit leugnend, mit seinen Klumpfüßen beim Sport über den Platz zu stolpern und alles genauso machen zu wollen wie die anderen mit gesunden Füßen, konnte er nun zusammen mit zwei Patienten aus der Gruppe zum Orthopäden gehen, sich Spezialsportschuhe anfertigen lassen und akzeptieren, daß er beim Fußballspielen nicht unbedingt Stürmer sein mußte.

Abschließend möchte ich noch einmal eingehen auf die Frage nach den Möglichkeiten und Grenzen der Behandlung von Patienten mit einer angeborenen Behinderung primärer Ich-Funktionen. Im Strukturkonzept der Berliner Schule *Günter Ammons* bilden die neurophysiologischen primären Ich-Funktionen die Basis der zentralen Ich-Struktur und der sekundären Ich-Funktionen. Ohne die Dimension der Gruppe mit einzubeziehen, läge es nun nahe zu denken, daß eine Störung im Bereich der primären Ich-Funktionen eo ipso auch zu einer Störung in der Entwicklung der zentralen Ich-Strukturen als Basis der Persönlichkeit führen müßte. Im Strukturkonzept der Dynamischen Psychiatrie sind auch die primären Ich-Funktionen nicht als starr gegebene und unveränderbare Entitäten anzusehen, sondern als dynamische Bereitschaften, die sich in Grenzen je nach Bedingungen des realen gruppensystemischen Feldes entwickeln können. Jede strukturelle Entwicklung ist nur zu verstehen aus der unmittelbaren Antwort der Gruppe und besonders der Mutter auf das Kind. Der gruppensystemische Aspekt der Identität, der realen Interaktion zwischen Mutter und Kind, hier dem Kind, das eine Behinderung der primären Ich-Funktionen aufweist, führt zu der Hypothese, daß eine Störung primärer Ich-Funktionen nicht notwendigerweise zu einem Defekt des Zusammenspiels der Ich-Funktionen, der Ich-Identität führen muß. Die therapeutische Arbeit mit dem behinderten Patienten verlangt vom Therapeuten und der Gruppe im besonderen Maße das Moment eines wirklich ehrlichen Gegenübers. Dieses Moment der Ehrlichkeit sich selbst und dem Patienten gegenüber ist ein zentrales Prinzip ‚Ich-strukturellen Arbeitens‘ im Sinne der Berliner Schule *Ammons*. Es heißt, daß der Therapeut sich den destruktiven Aspekten einer vielleicht irreversiblen Schädigung stellt und diese ausspricht auch gegen die eigene Abwehrhaltung, daß der Patient ja gar nichts dafür könne. Im Sinne seines Rechts auf Leben ist aber der Mensch verantwortlich dafür, wie er mit seinen Grenzen umgeht und braucht eine Gruppe, um diese zu erkennen und zu bestimmen. Eingangs wurde die Hypothese aufgestellt, daß in der Persönlichkeitsstruktur der behinderten Patienten und der schwer psychosomatisch Kranken Parallelen zu finden sind. Angeborene oder früh erworbene körperliche Leiden, z.B. durch unverschuldete Unfälle während der Schwangerschaft oder durch medikamentöse Einflüsse hervorgerufen, lassen durch die destruktiv

arretierte, lebensverbietende Reaktion der Mutter, wie im Fallbeispiel dargestellt, die körperliche Erkrankung zu einem Psychosomatik-Äquivalent werden. Eine weitere Parallele zu schwer psychosomatisch kranken Patienten mit einer real gewordenen organischen Schädigung ist die Frage der möglichen lebenslangen Abhängigkeit von anderen, sei es durch eine kontinuierliche medizinische Betreuung oder durch andere notwendige Hilfe. Diese reale Abhängigkeit von einer destruktiv narzißtischen Abhängigkeit zu trennen, ist Aufgabe der Therapie. Sie stellt sich dem behinderten Patienten in besonderem Maße.

Die Bearbeitung der Begrenzung und der Integration von Grenzen in das Körper-Ich ist Problem eines jeden therapeutischen Prozesses und jeder echten Identitätserfahrung. Sie ist nicht beschränkt auf die behinderten Patienten. *Ammon* hat darauf hingewiesen, daß man auch von einem „Klumpfuß der Schönen“ sprechen kann, die in ihrem gesamten Menschsein nicht wahrgenommen werden und verlassen werden wie die körperlich Behinderten. Diese müssen in Umkehrung der Ablehnung der Körperlichkeit durch die umgebende Gruppe projektiv die verinnerlichten Ideal-Ich-Vorstellungen anderer Menschen tragen. Ich-strukturelle Psychotherapie heißt, daß der Therapeut in der Lage ist, die Auseinandersetzung um die Grenzen des Patienten immer wieder auch zu einer Auseinandersetzung um seine eigenen Grenzen als Therapeut zu machen, die Bearbeitung der Begrenzung wird damit erst zu einer Identitätstherapie. Identität zu haben wird oft assoziiert mit der Vorstellung von körperlicher Vollkommenheit und Unantastbarkeit. Identität zu haben ist eher die Frage nach der inneren Bejahung einer eigenen Begrenztheit. Im therapeutischen Prozeß muß sich der Therapeut im Sinne eines ehrlichen Gegenübers in diesen seinen Grenzen zur Verfügung stellen.

#### *A Contribution to Psychotherapeutic Treatment Methods of Patients with a Congenital Physical Handicap*

Kurt Husemann

The author studies the effect of a physical handicap, congenital or acquired directly after birth, on a person's identity development. He focusses on how to treat psychotherapeutically adolescent and adult in- and out-patients with a real and irreversible physical handicap. Literature provides but a few studies of the psychoanalytical treatment of physically handicapped people: the usual methods reduce the handicapped patient to his handicap, i. e. therapeutic methods just stick to the symptom and merely support the ego so that the patient can achieve what lies within the realm of his possibilities. They do not deal with the whole person and his mental suffering, i. e. the deep narcis-

sistic depression behind the physical handicap, for instance paralyzing spinal injuries or epileptic attacks, or visual, aural or linguistic disturbances.

The spectrum of reactions ranges from "compassion" to denial or an attitude of guilt. Society does not want to be confronted with the "imperfect" and leaves the handicapped alone with the deep rejection of his imperfect body.

*Günther Ammon* developed the ego-structure personality model according to which man's mental development starts with human potentialities, i. e. prenatal, innate psychological and physiological dispositions. Communication between the child and the surrounding group begins on the basis of the primary ego-functions and grows and differentiates corresponding to the kind of acceptance and response of the mother and surrounding group. Early communication and the extent of adequate narcissistic supply in the beginning mother-child-symbiosis determines the central and secondary ego-functions and their interdependence. A disturbed body-ego as a primary ego-function influences the ego-structure-development decisively.

The imperfection of a physically handicapped child means a severe narcissistic offence for his mother family who reject the child on a conscious or unconscious level. Because of the hostile rejection and the following guilt feelings they overcompensate with overprotection. *Gisela Ammon* characterized the psychodynamics of the psychosomatically ill making mother by a "communicative rupture": the mother does not permit any emotional body contact between herself and the child, just as she herself does not have an integrated body-ego and is not allowed by her surrounding group to have emotional body contact.

Dealing with the physical disease is the tacit group conflict. The child becomes the symptom carrier of the family since mother and group take the handicap and the narcissistic offence as a threat and are not able to deal with it openly.

Thus, the identity prohibition resulting from the disease is not primarily derived from the physical handicap but from the internalized communication with the mother and surrounding group.

Open and latent rejection of the whole person of the child and a guilt-tripped, overcompensated care set situations of abandonment and pseudo-communication in which the child is left alone. The internalized primary group experience – total rejection and over-protection – leads to a deformation of the central ego-functions of narcissism, integration, demarcation, anxiety and, especially, constructive aggression. The formation of the secondary ego-functions is blocked correspondingly although, in a kind of pathological over-compensation, they often have to fill in for the deficitary central ego-functions.

Two case-studies show the psychodynamic and psychogenetic connection and the closeness to psychotic disintegration as an expression of an archaic deficitary symbiosis.

The therapist has to confront himself with his own problems concerning physical handicaps (anxieties and unconscious defence mechanisms) and his countertransference. He has to anticipate the omnipotent wishes of the patient – the therapist has the power to restore his uninjured body to him – and prevent a new abandonment situation. Working-through the limits and integrating the existing potentials, especially on the body-ego-level, is, in a way, the objective of any psychotherapeutic process like an identity therapy.

## Literatur

- Adler, A.* (1907): Studie über Minderwertigkeit von Organen. (Berlin, Wien: Urban und Schwarzenberg)  
 – (1908): Der Aggressionstrieb im Leben und in der Neurose. Fortschritte der Medizin, 26  
*Ammon, Gisela* (1973): Vorstufen psychosomatischer Erkrankungen. In: Dyn. Psychiat. (18) 11-32  
*Ammon, Günter* (1959): Theoretical Aspects of Milieu Therapy. The Menninger School of Psychiatry, Topeka, Kansas  
 – (1973): Dynamische Psychiatrie (Darmstadt: Luchterhand)  
 – (1974 a): Psychoanalyse und Psychosomatik (München: Piper)  
 – (1974 b): Die Rolle des Körpers in der Psychoanalyse. In: Integrative Therapie 58-76  
 – (1978): Das Verständnis eines Entwicklungsdefizits von Ich-Strukturen in Persönlichkeit und umgebender Gruppe als Grundlage für Wissenschaft und Praxis einer Dynamischen Psychiatrie. In: Dyn. Psychiat. (11) 120-140  
 – (1979): Das Ich-strukturelle und gruppendynamische Prinzip bei Depression und psychosomatischer Erkrankung. In: Dyn. Psychiat. (12) (im Druck)  
*Federn, P.* (1956): Ich-Psychologie und die Psychosen (Bern: Huber)  
*Fenichel, O.* (1945): The Psychoanalytic Theory of Neurosis (New York: Norton)  
*Freud, S.* (1925): Hemmung, Symptom und Angst, Ges. W., Bd. XIV  
*Graber, G.H.* (1975): Gesammelte Schriften Bd I-III (München: Goldmann)  
*Harlow, H.F.* (1962): The Effects of Rearing Conditions on Behaviour. In: Bull. Menn. Clinic 26, 213-224  
*Husemann, K.* (1978): Gruppendynamische Arbeit mit dem Team einer Tagesklinik. In: Dyn. Psychiat. (11) 528-541  
*Jaspers, K.* (1946): Allgemeine Psychopathologie (Berlin/New York: Springer)  
*Keller, U.* (1978): Möglichkeiten einer ambulanten dynamisch-psychiatrischen Behandlungsstrategie von archaischen Ich-Krankheiten am Beispiel der sexuell-perversen Reaktion. In: Dyn. Psychiat. (11) 191-211  
 – (1979): Psychoanalyse und Sexualität – Ein Beitrag zum Verständnis konstruktiver und destruktiver Sexualität im Konzept der Dynamischen Psychiatrie. In: Dyn. Psychiat. (12) (im Druck)  
*Lersch, Ph.* (1966): Aufbau der Person (München: Johann Ambrosius Barth)  
*Meng, H.* (1934): Das Problem der Organpsychose. In: Int. Z. Psychoanal. (20) 439-458  
*McDougall, W.* (1947): Aufbaukräfte der Seele  
*Portmann, A.* (1951): Zoologie und das neue Bild des Menschen (Hamburg: Rowohlt)  
*Rottmann, G.* (1974): Untersuchungen über Einstellungen zur Schwangerschaft und zur fötalen Entwicklung. In: *Graber, H.* (Hrsg.): Pränatale Psychologie (München: Kindler)  
*Rothacker, E.* (1965): Die Schichten der Persönlichkeit (Bonn: Bouvier)  
*El-Safti, M.S.* (1973): Die Konzeption des Körper-Ichs unter besonderer Berücksichtigung der Beiträge Paul Schilders. In: Dyn. Psychiat. (6) 57-64  
*Schilder, P.F.* (1924): Das Körperschema. Ein Beitrag zur Lehre vom Bewußtsein des eigenen Körpers (Berlin: Springer)

*Schneider, K.* (1962): Klinische Psychopathologie (Stuttgart: Thieme)

*Spitz, R.A.* (1959): Nein und Ja. Die Ursprünge der menschlichen Kommunikation (Stuttgart: Klett)

Adresse des Autors:

Dipl.-Psych. Dr. Kurt Husemann

Carmenstr. 7

4000 Düsseldorf 2

# Das Versagen der inneren Anpassung bei psychosomatischen Erkrankungen\*\*

Friedrich S. Rothschild\*

In der Dynamischen Psychiatrie wird die Bildung der Ich-Struktur verstanden auf der Grundlage der Kommunikation des heranwachsenden Kindes mit der Mutter und der umgebenden Gruppe. Der Autor befaßt sich in der vorliegenden Arbeit mit Kommunikation als einer psycho-physischen Funktion. Die als Biosemiotik bezeichnete Anwendung der Wissenschaft von den Zeichen eröffnet grundsätzlich einen Weg, jeden psychischen Vorgang in seiner Vermittlung durch intro-organismische Zeichenprozesse zu verfolgen.

Das Gehirn begreift der Autor als psychophysisches Kommunikationssystem, als Schaltstelle zwischen Innen- und Außenwelt, und versucht so, zu einem Verständnis der psychosomatischen Krankheiten zu gelangen, indem er über biosemiotische Systemanalyse von der Psyche ausgehend sich dem Soma nähert. Psychosomatische Krankheit versteht er als Ausdruck der Unfähigkeit des Ichs, die vielfältigen Kommunikationssysteme zu integrieren, die als nacheinander folgende Entwicklungsstufen verstanden werden, und so jeweils das höchste System die vorangehenden in einer Angleichung an seine Kommunikation umstimmen muß. Gelingt diese Ich-Leistung – wie der Autor sie begreift – nicht, so ist die Rückwirkung auf das Soma die Folge mit einer Disposition zu psychosomatischer Erkrankung. Der Autor vertritt die Ansicht, daß eine nachholende Ich-Entwicklung als Ziel der Psychotherapie in der Dynamischen Psychiatrie bei psychosomatischen Erkrankungen ein nicht direkter, aber doch erfolgreicher Weg zu ihrer Heilung sein kann.

Die Biosemiotik, vom Autor als eine Grundwissenschaft der menschlichen Erfahrung verstanden, bietet Denkmuster zum Verständnis des psycho-physischen Zusammenhanges – auch jenseits psychosomatischer Erkrankung – an.

Eine Schranke für das Verständnis wesentlicher Probleme unserer menschlichen Existenz ist unsere psychophysische Natur. Obwohl wir uns mit unserem Bewußtsein und unserem Leib als eine Einheit erleben, als ein mit sich selbst identisch bleibendes Ich, ist, naturwissenschaftlich gesehen, Bildung und Wirken dieses Ichs ein großes Rätsel.

Auf Grund reicher, wissenschaftlich begründeter Erfahrungen müssen wir annehmen, daß unsere Innerlichkeit – bezeichnen wir sie als Bewußtsein, Seele, Geist oder Ich – von unserem Gehirn, also einem leiblichen Organ abhängig ist. *Freud* beschäftigte sich mit diesen Fragen am Anfang seiner psychoanalytischen Forschung. Er beherrschte das anatomische und physiologische Wissen seiner Zeit über Struktur und Funktion des Zentralnervensystems. Es war ganz natürlich, daß er die neuen Einsichten, die er bei der Behandlung seiner neurotischen Patienten und in seiner Traumforschung gewonnen hatte, in einer hirnhysiologisch verankerten, psychophysischen Theorie darzustellen versuchte. 1895 entwarf er das „Projekt einer wissenschaftlichen Psychologie“, aber er konnte die Aufgabe nicht zu seiner Zufriedenheit durchführen. Der mysteriöse Zusammenhang zwischen Psychischem und Physischem blieb ein unüberwindbares Hindernis. An sich war er

\* Prof. Dr. med., Psychiater, Hebrew University, Jerusalem

\*\* Vortrag gehalten auf dem X. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), 8.-12. Oktober 1978, Kongresshalle Berlin

von einer organischen Basis für alles Psychische überzeugt und er war – wie er in einem Brief an *Fliess* schreibt – gar nicht geneigt, „das Psychologische ohne organische Grundlagen schwebend zu erhalten“. „Ich weiß nur von der Überzeugung aus nicht weiter, weder theoretisch noch therapeutisch, und muß mich so benehmen, als läge mir nur das Psychologische vor. Warum mir das nicht zusammengeht, ahne ich noch gar nicht“ (*Freud*, 1950).

*Freud* hatte sich eine falsche Aufgabe gestellt; sie war mit seinen Denkvoraussetzungen nicht zu bewältigen. *Du Bois-Reymond* hatte Recht, wenn er in bezug auf den psychophysischen Zusammenhang sein „Ignorabimus“ aussprach. Das Verhältnis zwischen Leib und Seele läßt sich nicht kausal erklären, und nach einem solchen kausalen Verhältnis suchte *Freud*. Trotzdem können wir als Ärzte und insbesondere als Psychiater, Neurologen und Psychotherapeuten dem Problem nicht ausweichen. So gehören zum Thema dieses Symposiums die psychosomatischen Krankheiten, und mit diesem Namen verbindet sich doch die Vorstellung, daß in solchen Fällen psychische Prozesse somatische krank machen.

Jedoch sind wir nicht gezwungen, nach kausalen Erklärungen zu suchen, wenn wir uns Zusammenhänge verständlich machen wollen. Die Kausalrelation hat in der wissenschaftlichen Analyse nicht mehr die zentrale Stellung, die sie für den Aufbau der Naturwissenschaften zu *Freuds* Zeiten hatte. Ein Vorgang kann nur dann als kausal erklärt werden, wenn er von einer bestimmbar Ursache zu einer bestimmbar Wirkung führt, und diese Bestimmbarkeit gibt es in der modernen Mikrophysik auf Grund der Quantenlehre und der *Heisenberg*'schen Unsicherheitsrelation nicht mehr. Nach der Formulierung *Heisenbergs* (1959) sind die Elementarteilchen der Physik „Möglichkeiten des Seins“. In einem Vakuum, d.h. einem Raum ohne jede Materie, das jedoch innerhalb eines elektromagnetischen Feldes liegt, können Elementarteilchen auftreten und wieder verschwinden; d.h. Materie bildet sich aus Energie und verschwindet wieder als Energie. Hier tritt die Materie nicht mehr als die primäre Gegebenheit auf, von der alle Naturprozesse abgeleitet werden können, ein philosophischer Materialismus, der das naturwissenschaftliche Denken in der Epoche *Freuds* als Zeitgeist beherrschte und deshalb auch für *Freuds* Denken die Voraussetzung abgab.

Unter dem Einfluss der Ausdruckswissenschaft von *Ludwig Klages* (1950) und im besonderen seiner Graphologie und der Metaphysik seiner ercheinungswissenschaftlichen Philosophie habe ich schon im Anfang meiner psychiatrischen Tätigkeit begonnen, Leben als Kommunikation zu verstehen und statt der Kausalrelation Ausdruck, Mitteilung und Darstellung als die ontologischen Ursprungsrelationen anzusehen (*Rothschild* 1930, 1935). Kosmisches und irdisches Geschehen waren nach dieser Auffassung psychophysische Prozesse, deren Natur man durch eine Art physiognomischen Verstehens näher kommen konnte. Aus der Erde sind die Organismen und wir Menschen als psychophysische Wesen hervorgegangen. Selbst in ihrer anorganischen Form ist die Materie psychischen Intentionen zugänglich, wie

die im Rahmen der Parapsychologie beobachteten und beschriebenen Phänomene zeigen. Ich war persönlich bei gelungenen Versuchen anwesend, z.B. dem Verbiegen und Zerbrechen eines Yaleschlüssels durch einen 16jährigen Jungen mit reibenden Bewegungen zweier Finger und habe sie in einer früheren Veröffentlichung berichtet (*Rothschild 1977a*).

Gehen wir von dieser psychophysischen Natur der Welt aus und verstehen wir ihre Einheiten als Formen des Ausdrucks, der Mitteilung oder Darstellung, d.h., allgemein gesagt, als Kommunikation, dann ist jedes Geschehen ein Zeichenprozess, und die „Semiotik“, die Wissenschaft der Zeichen und Zeichenprozesse, wird zu einer Grundwissenschaft für alle Bereiche der menschlichen Erfahrung, so wie Physik und Mathematik diese Funktion für die Entwicklung der Naturwissenschaften übernommen haben. Ich habe zunächst die Methoden der Semiotik bei einer Analyse der Struktur und Funktion des Gehirns angewandt, das ja offensichtlich ein psychophysisches Kommunikationssystem bildet, und sie von dieser Grundlage aus auf die in der Evolution vorangehenden Kommunikationssysteme als Biosemiotik bis zu dem zellulären und dem anorganischen System übertragen.

Zum Verständnis psychosomatischer Erkrankungen müssen wir nun ebenfalls von der psychophysischen Funktion des Gehirns über das vegetative Nervensystem und das Hormonsystem zu den Organen des Leibes und dem Stoffwechsel ihrer Zellen hinuntersteigen. Es liegt deshalb nahe, die biosemiotischen Systemanalysen zu benutzen, um den Weg von der Psyche zu dem Soma bei psychosomatischen Krankheiten genauer zu verfolgen.

Bei diesen Studien der Evolution zeigt es sich nun deutlich, daß wir zwei Formen von Anpassung bei diesem Aufstieg von der anorganischen Materie bis zum Menschen unterscheiden müssen, eine äußere und eine innere Anpassung; die äußere gilt der Materialität der Zeichen, die innere dem von diesen Zeichen vermittelten Sinn. Die Bedeutung dieser Unterscheidung wird deutlich, wenn wir uns ihre Vermittlung in der Struktur der intraorganismischen Kommunikationssysteme ansehen. Sie ist dort sehr einfach aufzuzeigen, weil alle diese Systeme in Außen- und Innensysteme differenziert sind, und die äußere Anpassung von den Außensystemen und die innere von den Innensystemen vermittelt wird.

Das einfachste Beispiel eines Kommunikationssystems mit Außen- und Innensystem bildet die Zelle mit Protoplasma und Membran als Aussen- und dem Zellkern als Innensystem. Aber was sollen wir unter innerer und äußerer Anpassung der Zelle auf Grund dieser Auffassung ihres Baues aus Kern und Plasma verstehen? Die Biologie und insbesondere die Evolutionslehre kennt nur den Begriff der Anpassung als Ergebnis von Lebens- und Fortpflanzungsprozessen, kann aber nichts darüber sagen, wie der Aufstieg in der Evolution durch sie zustande kommt. Denn ihre Begriffe der Mutation und Selektion erklären ja nur, weshalb nicht angepaßte Lebensformen im Gang der Evolution ausgeschieden wurden, aber nicht wie die positive Anpassung zu verstehen ist. Denn daß aus sinnlosen Bewegungen von Atomen und Mo-



lekülen die mit Leben verbundenen Strukturen und Kommunikationen von Zellen entstanden sein sollen, ist für mich eine grundsätzlich unverständliche Idee. Unsere besonders durch parapsychologische Befunde gestützte Vorstellung von der psychophysischen Natur schon der anorganischen Materie legt nun, in dieser Frage eine verständlichere Annahme nah. Die Welt als anorganischer Kosmos ist Ausdruck und Mitteilung eines schöpferischen Wesens – in der religiösen Sprache sagt man Gottes –, und in der inneren Anpassung an diesen Schöpfer entsteht die Zelle mit dem Kern als Repräsentanten der schöpferischen Potenz und dem Zelleib als Darstellung seiner Kommunikationen. Innere Anpassung bedeutet also in unserer Auffassung Anähnlichung an den inneren, immateriellen, schöpferischen Grund der Welt; die Differenzierung von Innen- und Außensystem entsteht als Symbol dieser Anähnlichung (*Rothschild, 1977b*).

Der Leser wird sich vielleicht wundern, daß ich in einer psychiatrischen Fragen gewidmeten Zeitschrift anfangs, von der Schöpfung und Gott zu sprechen. Aber die Entwicklung von Wissenschaft und Technik haben für Menschen eine Situation geschaffen, in der seine Vernunft, ein wesentliches Ergebnis seiner Verinnerlichung und inneren Anpassung, in erster Linie zu einem Instrument der äußeren Anpassung geworden ist. Dadurch ist es zu einem kritischen Zustand der Menschheit gekommen: Überproduktion, Konsumzwang bei den industrialisierten Völkern mit der Gefahr des übermäßigen Verbrauches und eines zukünftigen Mangels an Rohstoffen, die Veränderung und evtl. Verschmutzung der Umwelt durch die Industrialisierung und dann die Überbevölkerung der Erde, vor allem in den nichtindustrialisierten Ländern mit armen unterernährten Menschen und schließlich die Gefahr eines Atomkrieges, der die Geschichte der Menschheit beenden könnte. Die Gefahren für die Zukunft der Menschheit, wie sie etwa in den Schriften, die von dem Klub von Rom angeregt wurden, zur Darstellung kommen (*Meadows u. a., 1976*) mögen zu bedrohlich geschildert werden, aber auch vom Standpunkt des Arztes und Psychologen bestehen sie, und eine Wendung kann nur von einer Befreiung und Vertiefung der inneren Anpassung kommen. Ich las vor kurzem ein Büchlein von *Bernhard Grom* und *Josef Schmidt*: „Auf der Suche nach dem Sinn des Lebens“, das die gegenwärtige Situation und die Diskussion ihrer Probleme in der Literatur gut wiedergibt. Auch dort tritt die Bedeutung der religiösen Sphäre hervor, wenn man in der Frage nach dem Sinn des Lebens Antworten sucht.

Die Biosemiotik führt mit solchen Gedanken zu einer wichtigen Einsicht. Die Erscheinungen der Wirklichkeit sind doppeldeutig. Sie sind einerseits Tatsachen, die sich selbst bedeuten, Dinge und Verhältnisse, die in einem komplexen Gewebe von Kausalbeziehungen entstehen und bestehen und mit dieser Struktur Aufgaben für die naturwissenschaftliche Analyse abgeben. Und dieselben Erscheinungen sind andererseits Symbole Gottes, d.h. Zeichen, die ihren Sinn in der inneren Anpassung an dessen Wesen erhalten haben und in der inneren Anpassung auch wieder mitteilen können. An sich hat

jedes Zeichen eine doppelte Bedeutung, indem es sowohl als es selbst in seiner physikalisch bestimmbar Struktur, als auch als Vermittler eines Sinnes, also von etwas, was es selbst nicht ist, aufgefaßt werden kann. In der Semiotik spricht man von dieser Doppeldeutigkeit als semantischen Stufen. Setzt man ein Wort in Anführungsstriche, so bedeutet es sich selbst, ohne Anführungsstriche seinen Sinn. Brot ist eine Nahrung, ist ein sinnvoller Satz, und ebenso „Brot“ ist ein Wort mit vier Buchstaben. Aber „Brot“ ist eine Nahrung, ist sinnlos, weil man ja ein Wort nicht essen kann.

Es gibt unter den Philosophen eine Schule, die die Identität des Gehirns und der Funktionen seiner Ganglienzellen mit den Erlebnisvorgängen und dem Bewußtsein behaupten, also von unserem Standpunkt aus sagen, daß Zeichen und der Sinn der Zeichen identisch seien oder, um zu unserem Beispiel zurückzukehren, daß man gewissermaßen das Wort „Brot“ als ein Laut- oder Schriftzeichen mit vier Buchstaben essen kann. Diese positivistische Ansicht verkennt, daß Zeichen Träger sinnhaltiger Kommunikationen sind. Das Verstehen von Zeichen setzt die Fähigkeit voraus, von den Zeichen eine intentionale Brücke zu ihrem Sinn zu schlagen, was nur ein schöpferischer Geist kann, oder eine Subjektivität, die diesem Geist ähnlich ist. Nicht nur die Differenzierung von Innen- und Außensystemen und die Begründung des Lebens in kommunikativen Prozessen reflektieren das ursprüngliche göttliche Schöpfertum, auch Funktion und Entwicklung des Nervensystems in seiner Evolution bis zum Gehirn des Menschen erscheinen, als ob sie von einem geistigen Prinzip gestaltet worden seien. Das Nervensystem ist ja in psychophysischer Hinsicht ein symbolisch arbeitendes Zeichensystem analog zur Sprache. Als Kommunikation eines sinngebenden Schöpfers haben wir die Entstehung der Welt gedeutet; deshalb verstehen wir sie auch als ein Symbol dieses göttlichen Wesens. Dieser symbolische Charakter der ursprünglichen Schöpfung wird in der inneren Anpassung der evolutiven Prozesse zur Vorlage für die Entwicklung der Nervenzelle als Träger einer Zeichenfunktion und des symbolischen Baues und der symbolischen Funktionsweise des Zentralnervensystems.

Sowohl der Körper der wirbellosen Tiere als auch der Wirbeltiere und des Menschen sind aus vielen Organen und Gliedern und dadurch natürlich aus vielen Zellen zusammengesetzt. Das Nervensystem symbolisiert zunächst die Einheit des Tieres und vermittelt diese Einheit auch in seinem Erleben und Verhalten. Es vermittelt dann weiterhin die Bedeutung der durch die Sinnesorgane aufgenommenen Kommunikationen, und da zeigt sich nun ein wichtiger Unterschied zwischen dem Zentralnervensystem der Wirbeltiere und der Wirbellosen. Bei den letzteren sind die Nervenzellen als Ganglien in den Leib eingelagert, und dieses System vermittelt wesentlich die Einheit des Tieres in der Benutzung seiner Bewegungsfähigkeit im Verhältnis zu den auf seinen Körper wirkenden Reizen. Bei den Wirbeltieren erreicht die innere Anpassung an die Kommunikationen der Welt durch ihr Zentralnervensystem eine grundsätzlich höhere Stufe. Für das Verständnis der psychosomati-

schen Pathologie ist es wichtig, ein möglichst klares Bild von dem Verhältnis dieses Systems zu dem Leib zu besitzen.

Dieses aus dem Neuralrohr der Wirbeltiere entwickelte System ist ein ganz neues Kommunikationssystem, das in den Grundrichtungen der von ihm vermittelten Intentionalität entgegengesetzt zu dem Bau des peripheren Leibes folgenden Nervensystem der Wirbellosen angelegt ist. Wirbellose sind Protostomata, Wirbeltiere Deuterostomata, d.h. Wirbellose entwickeln Kopf und Mund aus dem Bereich des Urmundes, der bei den Wirbeltieren der Analgegend entspricht. Die Wirbeltiere dagegen bilden ein ganz neues Kopfende des Leibes mit einem neuen Mund (deshalb der Name Deuterostomata), und ebenso ist die Lage der sensorischen und motorischen Ganglienzellen in dem Zentralnervensystem umgekehrt; die sensorischen Ganglienzellen, die bei den Wirbellosen auf der Bauchseite liegen, befinden sich bei den Wirbeltieren auf der Rückenseite und mit den motorischen Ganglienzellen ist es umgekehrt. Diese primäre Abwendung von dem eigenen Leib und dieser nur sekundäre Einbau unter Umorganisation dieses Leibes weist darauf hin, daß dieses System seinen Leib grundsätzlich mit dem Sinn seiner Kommunikationen transzendiert, wozu es ja als ein mit Symbolen arbeitendes System befähigt ist. In diesem Hinausgehen über den Leib wird das Vorderhirn beziehungsweise Hemisphärenhirn der Wirbeltiere zum eigentlichen Vermittler einer Seele dieser Tiere. Mit Hilfe der von dem Naturphilosophen *Melchior Palágyi* (1924) zuerst geschilderten inneren, virtuellen oder imaginären Bewegungen können die Wirbeltiere ihre Umwelt als in Raum und Zeit geordnete Bilder erleben, die über die Gegenwart hinausreichende Bedeutung haben können. Diese Bilder sind aus den symbolischen Kommunikationsprozessen des Gehirns gedeutete Erscheinungen, für die es besonderer Anstrengungen bedarf, um sie in dem richtigen Verhältnis zu dem Ort ihrer Körper im Raum und zu dem eigenen Körper und seinen Bewegungsmöglichkeiten zu erleben. Ein besonderer und beträchtlicher Teil des Zentralnervensystems, das Kleinhirn, hat die Aufgabe, die Integration der innerlichen, imaginären Bewegungen des Körperbildes vermittels des Großhirns, und der Motorik und Statik des Körpers vermittels des Mittelhirns, Medulla oblongata und Rückenmarks zu einheitlichen und koordinierten Bewegungen und Haltungen zu sichern. Das Kleinhirn behauptet die Einheit von Körperbild und Körper und ist deshalb auch wesentlich für die Behauptung der Einheit von Ich und Körper. Ein häufiges Symptom von Kleinhirnstörungen ist Schwindel, und daß bei starkem Schwindel das Ich sowohl in bezug auf seine Denkfähigkeit als auch in bezug auf seine Bewegungsimpulse nicht mehr Herr im eigenen Haus ist, ist nicht schwer nachzufühlen, auch wenn ich nicht auf klinische Beispiele aus der Pathologie des Kleinhirns näher eingehe.

Die Entwicklung des Ichs des Menschen ist auf ein System angewiesen, das sich in der dominanten Hemisphäre seines Gehirns, gewöhnlich der linken, in der Kommunikation des Kindes mit seiner Umgebung ausbildet und ihm die Fähigkeit zum logischen Denken und Sprechen und zum willensgemäßen

Handeln vermittelt. Bezeichnen wir die Einheit des Körperbildes und des Körpers als den Kern des Selbst, dann muß das Ich mit diesem Kern eine Einheit bilden, wenn es seine dominierende Funktion in der Persönlichkeit zu verwirklichen hat. Ich nenne das Selbst in der biosemiotischen Analyse der von dem Gehirn vermittelten Kommunikationen meist den Eigenpol, weil von den betreffenden Zentren im Gehirn eine Polarisierung der Erregungen ausgeht, durch die der eine Pol das eigene erlebende Wesen und der andere das Erlebte und Fremde repräsentiert. *Günter Ammon* (1974) pflegt auch diese genetischen Frühstufen der Ichentwicklung als Ich zu bezeichnen, was man vom Standpunkt der klinischen dynamischen Psychiatrie aus rechtfertigen kann. Wenn ich diese Unterscheidung mache, so liegt mir aus Gründen der Systemtheorie der Evolution daran, einen wichtigen Unterschied zwischen Tier und Mensch hervorzuheben. Tiere, auch die höheren Säuger entwickeln keine dominante Hemisphäre wie der Mensch. Sie pflegen nicht die geistigen Akte zu leisten, die das Ich des Menschen konstituieren und die deshalb die Innerlichkeit des Menschen von dem der Tiere unterscheiden:

Man wird die Methode, die das Leben entwickelt hat, um die innere Einheit des Ichs mit seinem Leib und seiner Seele zu vermitteln, besser verstehen, wenn wir die Funktion der Nervenzelle als symbolischen Sinnträger genauer betrachten. Mehr noch als bei dem Sinngehalt der Worte der Sprache ist ihre Struktur und Funktion beherrscht von der inneren Anpassung an den Sinn der kommunizierten Zeichen. *Ch.S. Peirce*, der Begründer der modernen Semiotik, nannte Zeichen, die sich selbst bedeuten, Ikone, d.h. Bilder, weil weder ihre Beziehung zu einem Objekt noch zu einem Interpret für ihre Zeichenfunktion nötig ist. Wenn das Bild eines Hauses als Zeichen für ein Haus dient, dann bedarf es weder der intentionalen Brücke zu einem von dem Bild verschiedenen Objekt, weil das Bild ja sich selbst bezeichnet, wie auch keines besonderen Interpreten, weil es ja nichts anderes bedeutet als sich selbst. In unserem Beispiel von den semantischen Stufen bedeutet ein Wort in Anführungsstrichen wie „Brot“ sich selbst; es ist also ein Ikon, eine Wortkonstitution aus vier Buchstaben. In derselben Weise kann man, abgesehen von Nervenzellen, alle Zellen, die einen Organismus zusammensetzen, als Ikone auffassen. In ihrer Struktur und Funktion stellen sie selbst den Sinn dar, den sie für den Organismus, den sie aufbauen, zu vermitteln haben, also Muskelzellen Bewegungskraft, Sinneszellen Reizempfänglichkeit usw. Die Ganglienzellen haben sich über diese Bildstufe der Sinnkommunikation erhoben. Der Sinn, den sie vermitteln, transzendiert ihre leibliche Gestalt, wie ich vorhin schon betont habe. Sie haben deshalb auch viele Fähigkeiten, die zu der ursprünglichen Bildstufe der Kommunikation gehören, verloren. So können sie sich im ausgereiften Zustand nicht mehr durch Teilung vermehren oder sich selbst ohne Neurogliazellen ernähren und bedürfen auch, um ihre Struktur als System erhalten zu können, der Stützfunktion dieser Neuroglia. Aber diese aufgegebenen Eigenschaften gehören vorwiegend zum Bereich der äußeren Anpassung, sie wurden der Entwicklung der inneren Anpassung an

den Sinn der kommunizierten Wirklichkeit geopfert, und in dieser Hinsicht ist die Ganglienzelle ideal ausgerüstet. Ihr zu Dendriten ausgezogener Leib hat Raum für Hunderte und Tausende von Synapsen, d.h. Aufnahmestellen für eine Vielzahl von Erregungen und Hemmungen, aber diese Bereitschaft, die Buntheit der kommunizierten Qualitäten der Welt aufzunehmen, steht doch in Gestalt des nur einem Axons der Ganglienzelle die Forderung der Einheit des Sinnes bzw. der Einheit des Wesens gegenüber, mit der diese Vielfalt beantwortet wird. Die Ganglienzelle wird durch diese Verbindung von Offenheit für fremde Kommunikationen und Einheit der Antwort zu einem Symbol eines schöpferischen Wesens, das die Reizungen der Umwelt in Erlebnissen ausdeutet. Dieses natürliche Potential zur Vermittlung des Reichtums der Erscheinungswelt wird bei dem Menschen durch die Freiheit seiner Denk- und Willensakte in dem System der dominanten Hemisphäre noch einmal potenziert, so daß das Ich des Menschen der zentrale Partner für einen Welthorizont von Kommunikationsmöglichkeiten ist.

Wie wird das Ich des Menschen, das aus seiner Verbindung mit einem weltoffenen Gehirn und in der Freiheit seiner geistigen Akte lebt, in einen Leib eingepaßt, dessen Zellen nur in dem vorhin geschilderten engen Rahmen der Bildstufe kommunizieren, d.h. den eigenen Leib nicht transzendieren können? Das Problem besteht schon bei den Wirbeltieren mit ihrem aus dem Neuralrohr entwickelten Zentralnervensystem, und dort ist schon die Lösung gefunden worden, die auch wir Menschen noch zur Verfügung haben: das vegetative Nervensystem und das Hormonsystem (*Rothschild 1934*).

Der Aufstieg in der Evolution beruht wesentlich auf einer Evolution von Innensystemen mit einer zunehmenden Verinnerlichung des Lebens als Erleben. In dem Gehirn der Wirbeltiere sind selbst Außensysteme innerhalb eines Innensystems angelegt, so daß die Kommunikation mit der Umwelt als ein verinnerlichter Prozess durchgeführt wird, und in den Denk- und Willensakten des Menschen ist die Verinnerlichung noch einmal um eine Reflexionsstufe erhöht. Nur die symbolische Funktion der Ganglienzellen konnte diese Verinnerlichung des Lebens vermitteln, und deshalb können auch die Ganglienzellen des vegetativen Nervensystems, die zu allen Organen des Leibes ziehen, diesen Leib an dem verinnerlichten Leben teilnehmen lassen.

Die Physiologie unterscheidet an dem vegetativen Nervensystem einen parasympathischen und einen sympathischen Anteil, die polar gegensätzliche Wirkungen in den einzelnen Organen hervorrufen, aber von dem durch das Gehirn vermittelten Erlebnisvorgang aus beurteilt, doch wesentlich zusammenarbeiten, um diesen zentralen Vorgang auf den Leib zu übertragen.

*Nach Cannon (1924)* hat der Sympathicus die Aufgabe, den Organismus an die besondere Beanspruchung von Notzuständen anzupassen, also z.B. an Kampf oder Flucht, und *Hess (1945)* nannte den Sympathicus ergotrop und den Parasympathicus histotrop. Aber diese allgemeine Charakteristik kann nicht den Einzelheiten der Verteilung und Arbeitsweise dieser Systeme folgen wie ihre biosemiotische Analyse als Zwischensystem zwischen dem

durch die symbolische Funktion des Zentralnervensystems ermöglichen, den Leib transzendierenden Erlebnisvorgang und der Funktion der einzelnen Organe. Bei dem Erlebnisvorgang als einem Kommunikationsprozess sind immer eine Repräsentanz des kommunizierenden Wesens, der Eigen- oder Selbstpol und die Repräsentanten des kommunizierten Inhalts, der Fremdpol, beteiligt. Der Parasympathicus überträgt die Vorgänge im Eigen- und der Sympathicus im Fremdpol des zentralen Erlebnisvorganges auf den Leib. Das Leben der Zellen verläuft ja ebenfalls in Kommunikationsprozessen. Wenn diese auch nicht den Ort der einzelnen Zellen transzendieren, so gehen sie doch mit einer analogen Differenzierung von Innen- und Außensystem und von Eigen- und Fremdpol einher, und diese analogen Differenzierungen können von dem zentralen Erlebnisvorgang durch das vegetative System wieder analog beeinflusst werden. Trotzdem wäre eine Analogisierung des Kommunikationsverlaufs in den orts- und funktionsgebundenen einzelnen Zellen durch das vegetative Nervensystem nicht möglich, wäre nicht in dem Leib ein System von Hormondrüsen entwickelt worden, das in seiner Struktur und in den funktionalen Verhältnissen zwischen den Hormonen die Struktur des Zentralnervensystems und die funktionalen Verhältnisse zwischen dessen Zentren analogisiert und deshalb die einzelnen Zellen dazu disponiert, ihre Kommunikationsprozesse analog den Variationen des zentralen Kommunikationsvorganges ebenfalls zu variieren. Mit Hilfe des vegetativen Nervensystems wird diese Disposition zur inneren Anpassung zwischen dem Zentralnervensystem und den Zellen des Leibes dann exakt durchgeführt. Der Rahmen dieses Vortrags reicht nicht aus, die Beziehungen zwischen den Systemen weniger abstrakt und anschaulicher darzustellen. Das zentrale Problem ist das Psychophysische. Wie kann das an die Zellen des Leibes gebundene Leben an der durch das Gehirn ermöglichten Verinnerlichung mit ihrer zeitlichen Tiefe und räumlichen Weite des Erlebens teilnehmen? Diese verinnerlichte Welt ist ja primär weder an den eigenen noch an einen fremden Körper gebunden; es ist eine Gefühls- und Bilderwelt wie im Traum. Gerät jemand beim Lesen eines Briefes in heftige Wut, dann mag er im Ausdruck seines Affektes mit der Faust auf den Tisch schlagen, oder mit einem Fuß auf den Boden stampfen oder den Brief zerreißen. Jede dieser Bewegungen ist Ausdruck der Aggression gegen den Erreger der Wut, aber keine trifft diesen, weil er nur innerlich gegenwärtig ist. Trotzdem findet die Wut ihren Weg in die Außenwelt, indem das innerliche Bild in irgendwelchen Körpern, dem Tisch, dem Boden oder dem Brief virtuell eingekörpert wird, so wie wir zu Recht das innerliche Bild unseres eigenen Leibes in unserem Körper inkörpern. Ausdrucksbewegungen sind Gleichnisse von Handlungen, sagt Klages (1950), weil sie sich schon auf einer Frühstufe des Erlebnisvorganges entladen, auf der eine sachliche Gegenüberstellung und eine Einordnung in Raum und Zeit noch nicht möglich ist. Ein in der Psychotherapie besonders wichtiger Affekt ist die Angst, weil sie die Handlungsfähigkeit des Ichs lähmen kann. Nachdem Selbst- und Weltvertrauen und die Evidenz der eigenen

Identität als Ergebnisse der inneren Anpassung das Ich konstituieren, schwinden gerade diese Eigenschaften, wenn die innere Anpassung im Angstzustand versagt. Das Ich fühlt sich ohnmächtig, fassungslos, im Gefühl von der Angsterregung überschwemmt zu werden und in ihr unterzugehen. Um der Angst auszuweichen, können dann neurotische und psychosomatische Symptome in den Vordergrund treten. Ein mit der Genese psychosomatischer Erkrankungen oft im Zusammenhang stehender Gefühlszustand ist die depressive Verstimmung, deren normaler Ausdruck das Weinen ist. Weinen geht mit einer Emotion einher, die nicht durch die Heftigkeit der Erregung die gewohnte sachliche Einstellung des Ichs aufhebt, sondern durch die Eigenart der Gefühlsanforderung, die dem Ich von dem Erlebnis gestellt wird. Zunächst wird das Ich durch die Art des dem Weinen vorangehenden Erlebnisses in seiner Selbstbehauptung geschwächt. Solch ein Erlebnis muß nicht intensiv sein, aber es kommt dem Ich meist wegen seiner Komponente des Mitleids mit sich selbst so nahe, daß das Ich sich nicht mehr recht von ihm distanzieren kann; es läßt sich hineinziehen, es gibt sich hin und nun fließen die Tränen. Das Auge ist ein besonders geschütztes Sinnesorgan. Die Lider können es gegen Reize verschließen, und die Bindehaut des Auges reizende Stoffe können die Tränen wegspülen. Das jedenfalls ist der physiologisch gegebene Apparat. Das Weinen als Ausdruckserscheinung tritt auf, wenn in der Innerlichkeit des Menschen etwas schmerzt, von dem er glaubt, sich nicht befreien zu können. Dann werden die Augen zum Repräsentanten dieses Menschen, das schmerzende Ereignis hat gewissermaßen sie befallen, und durch parasympathische Fasern, d.h. die vegetativen Fasern des Selbstpols werden die Tränendrüsen erregt, um diesen schmerzenden Reiz wegzuspülen oder doch den Schmerz zu erleichtern. Oder es kann auch sein, daß das Erlebnis so nahe, so erfüllend, ein so ganz überraschendes Glück ist, daß das Ich nicht seine gewohnte sachliche Einstellung festhalten kann, und es, meist unbewußt eingedenk der Zerbrechlichkeit alles Glückes, mit stillen Tränen reagiert. Die Augen und der Tränenapparat werden benutzt, um etwas Seelisches, was an sich mit ihrer Funktion nichts zu tun hat, zum Ausdruck zu bringen. Es besteht nur eine Analogie zwischen möglichen Zuständen der Augen und dem Zustand in der Innerlichkeit des Menschen, und diese Analogie bildet die Brücke, um der Innerlichkeit den Weg zu einem sinnvollen Ausdruck zu öffnen. Nach diesem Schema der Benutzung einer physiologischen Funktion als Ausdruck für analoge seelische Intentionen entstehen Organneurosen und psychosomatische Erkrankungen; nur sind die Krankheitssymptome nicht Ausdruck einer physiologischen Disposition wie das Fließen der Tränen. Das Weinen ist seiner Struktur und seiner Entstehung nach ein normales Analogon eines psychosomatischen Symptoms. Sowohl beim Weinen als auch beim Lachen spielt die Mimik des Gesichts und Änderung der Atembewegung mit Lautbildung eine wesentliche Rolle. Atmen, das Einziehen und Ausstoßen von Luft ist eine elementare Form der Kommunikation mit der Umwelt und wird besonders häufig benutzt, um seeli-

schen und geistigen Kommunikationen, die den Körper transzendieren, eine unmittelbare Einkörperung zu ermöglichen. Schließlich ist ja der Ausdruck der menschlichen Innerlichkeit in der Sprache durch solche Einkörperungen in der Atmung mit Lautbildung entstanden. Ich habe diese Verhältnisse ausführlicher in der „Symbolik des Hirnbaus“ (1955) und in dem Buch über „das Ich“ (1950) behandelt und will deshalb hier nicht darauf eingehen. Ein Beispiel einer für die Theorie psychosomatischer Erkrankungen wichtigen Analogie zwischen dem Zentralnervensystem und dem Hormonsystem bilden das Kleinhirn und die Nebennierenrinde. Beide haben analoge regulative Funktionen innerhalb ihrer Systeme; sie behaupten die Einheit von Leib und Seele, obwohl die seelischen Funktionen, d.h. die Verinnerlichung des Lebens durch die Entwicklung des Zentralnervensystems bei den Wirbeltieren, einen den Leib weitgehend transzendierenden Charakter angenommen haben. Ich habe auf diese Funktion des Kleinhirns schon vorhin hingewiesen. Es behauptet die Sicherheit und Einheitlichkeit der Stellungen und Bewegungen des Menschen gegen alle Erregungen und in allen Situationen, die diese Einheit gefährden könnten, und analog kann man von der Nebennierenrinde sagen, daß sie mit ihren Hormonen den Stoffwechsel der Zellen in einer Weise reguliert, daß in den Streßsituationen die lebenserhaltenden Kommunikationen des Leibes nicht zerstört werden (Rothschild 1950). Daß das Nebennierenrindenhormon Cortison bei so vielen Krankheiten, und darunter auch psychosomatischen, eine günstige Wirkung hat, beruht auf dieser den Zellstoffwechsel regulierenden Fähigkeit. Die Analogien zwischen Zentralnervensystem, vegetativem Nervensystem und Hormonsystem weisen daraufhin, welche führende Rolle die innere Anpassung zwischen den Systemen gespielt haben muß, um die psychophysische Einheit der Organismen trotz der Evolution bis zum Menschen aufrechtzuerhalten. Die psychosomatischen Krankheiten geben wohl die aufschlußreichsten Beispiele des Versagens dieser inneren Anpassung, weil ihre Symptome den Zusammenhang zwischen allen Kommunikationssystemen von den Zellen der Organe des Leibes bis zum Ich bloßlegen.

*The Break-down of Inner Adaptation in Patients with a Psychosomatic Disease*

Friedrich S. Rothschild

Dynamic Psychiatry treats any disease, the symptoms and etiology of which allow for the assumption of a mental component with psychotherapeutic methods following Freud's findings. The influence of the early mother-child-relationship rather than the biological drives determine the formation of ego-structures; early communication forms the ego, just as the kind of later communication often determines a person's health and illness. Commu-



nication is a psycho-physical function, particularly apparent in the linguistic connection of word and meaning. Obviously, the central nervous system is part of the communicative system; it mediates between a person's experience and behavior and his environment. The central nervous system is an intra-organismic communicative system which, like all communicative systems, operates with signs. Sign and information do not engage in a dyadic relationship – like a cause/effect relationship as tentatively supposed by *Freud* in his original neuro-psychological theory. According to *Ch.S. Peirce* this relationship has to be thought of as triadic, as the relationship between the sign, its object/meaning and its interpreter. Bio-semiotics, as I call applied semiotics, the study of signs, traces any mental process back through its intra-organismic channels. The contents of the original form of communication are reflected in the corresponding higher system; just as thinking reflects our sensory, emotional and affective perception these contents are arranged in a wider and more open order of experience.

Despite the fact that a person contains many diverse communicative systems, the uniformity of his reaction and experience is guaranteed since pieces of information on a lower order are adapted to the corresponding higher communicative system. The vegetative nervous system and the production of hormones, which influence cellular metabolism, perform this inner adaptation. Unsuccessful adaptation implies that the ego cannot meet the requirements of inner adaptation and of control over these systems and is functionally weakened by its defense mechanisms; subsequently, the body gets an inadequate feedback from the hormones and the vegetative nervous system, and the disposition to psychosomatic disease arises. Retrieval maturation and strengthening of the ego, *Ammon's* objective for psychotherapeutic treatment of these diseases, is an indirect but rather successful way of treating them.

## Literatur

- Ammon, G.* (1974): Psychoanalyse und Psychosomatik (München: Piper)  
*Cannon, W.B.* (1929): Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage. 2. Edit. (New York and London: J. Appleton)  
*Freud, S.* (1950): Aus den Anfängen der Psychoanalyse. Briefe an Wilhelm Fliess, Abhandlungen und Notizen aus den Jahren 1887-1902 (London: Imago Publishing Co. Ltd.)  
*Crom, B., Schmidt, J.* (1975): Auf der Suche nach dem Sinn des Lebens (Freiburg: Herder)  
*Heisenberg, W.* (1959): Physik und Philosophie (Berlin: Ullstein)  
*Hess, W.R.* (1948): Die funktionelle Organisation des vegetativen Nervensystems (Basel: B. Schwabe)  
*Klages, L.* (1950): Grundlegung der Wissenschaft vom Ausdruck. 7. Aufl. (Bonn: H. Bouvier & Co.)  
 – (1929-1933): Der Geist als Widersacher der Seele. Bd. 1-3 (Leipzig: Johann Ambrosius Barth)  
*Meadow, D.L.* (1976): Wachstum bis zur Katastrophe? (München: Dtsch. Taschenbuch Verlag)  
*Ralagyi, M.* (1924): Naturphilosophische Vorlesungen über die Grundprobleme des Bewußtseins und des Lebens. 2. Aufl. (Leipzig: Johann Ambrosius Barth)

- Rothschild, F.S.* (1930): Über Links und Rechts. Eine erscheinungswissenschaftliche Untersuchung. In: Zeitschrift f.d. ges. Neurologie u. Psychiatrie (124) 451-511
- (1935): Symbolik des Hirnbaus (Berlin: S. Karger)
- (1950): Das Ich und die Regulationen des Erlebnisvorganges. (Basel-New York: S. Karger)
- (1977a): The Body-Mind Problem from the Viewpoint of Psychoanalysis and of Biosemiotic. In: The Israel Annals of Psychiatry and Related Disciplines (15) 92-107
- (1977b): Gott und Welt in der Evolutionstheorie der Biosemiotic und des Teilhard de Chardin. In: Wer und Was und Wo ist Gott? Engadiner Kollegium, Tagung 1976, Zürich: Theol. Verlag, 387-405

Anschrift des Autors:  
Prof. Dr. med. F.S. Rothschild  
Redek Road  
Jerusalem 3  
Israel

## Bücher- und Zeitschriftenspiegel

*Christa Rohde-Dachser*  
*Das Borderline-Syndrom*

Hans Huber, Bern, Stuttgart, Wien, 1979, 247 Seiten

In seiner Einleitung zu diesem Buch schreibt *Battegay*: „Die Autorin versteht es, das Borderline-Syndrom dem Leser näher zu bringen, indem sie zuerst auf dessen Phänomenologie eingeht, dann strukturelle und psychodynamische Aspekte behandelt, ferner eine genetische Ableitung des Borderline-Syndroms unternimmt und schließlich die für die Therapie des Borderline-Patienten notwendige Abwandlung der klassischen psychoanalytischen Technik bespricht... Die Autorin geht auch ausführlich auf die wichtigen Details der psychotherapeutischen Technik bei diesen Patienten ein, so zum Beispiel auf die Notwendigkeit, statt genetischer Deutungen überwiegend Interpretationen zu geben, die den Realitätsbezug des Patienten verbessern sollen. ... Die vorliegende Schrift vermag Denkanstöße zu geben ... und dabei die wesentlichsten, bisher erschienenen Literaturbeiträge zusammenzufassen.“

Dies weckt Erwartungen beim Leser.

Was dann allerdings kommt, ist ein einziger Rechtfertigungsversuch, orthodoxe Interpretationstherapie zu retten. Daß sich dabei die Autorin hoffnungslos in Widersprüche verstrickt, ist nicht mehr nur als unbearbeitete Gegenübertragung beim Borderline-Syndrom zu verstehen. „Bis vor kurzer Zeit ... war das Borderline-Syndrom eine unbequeme Randerscheinung.“ ... Zu denken gibt ihr dann, daß *Ammon* 1977 „unwidersprochen in seinem Basisvortrag von einem neuen Krankheitsbild gesprochen“ hat. Dies entdeckt zu haben, ist allerdings Anspruch der Autorin, die nun *Ammon* zitiert (ohne ihn allerdings zu benennen), daß das Borderline-Syndrom ein „Krankheitsbild sui generis“ (*Ammon*, 1977) sei. Als Hauptcharakteristikum des Borderline-Syndroms nennt sie die „Unfähigkeit zur Verdrängung“ (*Ammon*, 1977). In ihrem originären (?) Versuch, das Borderline-Syndrom zu erklären, bezieht sich *Rohde-Dachser* auf *Kernberg* als Pionier: Als Ursache für Borderline-Erkrankungen habe er „orale Traumata, die er nicht weiter spezifiziert“ angenommen. Dies führe zu exzessiven Enttäuschungsaggressionen. „Die ohne nähere Erklärung angenommene vorzeitige Ödipalisierung mag zunächst überraschen“, den Leser überrascht dann, wieso *Kernberg* Pionier genannt wird, da er noch nicht einmal, wie auch die Autorin zugibt, eine genetische Ableitung vorweisen kann.

Kernbegriffe der Autorin wie „prozeßhaftes Geschehen“, „Unfähigkeit zur Verdrängung“ sind in *Ammons* Arbeit 1977 nachzulesen. Nur das therapeutische Konzept hat sich die Autorin nicht angeeignet: sie fordert zum Beispiel: wiederkehrende verbale Bestätigung, daß die Abstinenz des Analytikers keine Ablehnung bedeute und wiederkehrende verbale Versicherung, daß der Analytiker die Integrität des Patienten respektiere. Daß sie einen Hinweis geben muß, daß der Analytiker auch Fragen beantworten darf, könnte man sonst einfach nicht ernstnehmen, wenn es nicht die bittere Realität einer orthodoxen Psychoanalytikerin aus dem Jahre 1979 wäre.

Daß so Borderline-Patienten nur schwer geholfen werden kann (das Agieren dieser Patienten soll kontrolliert werden durch strikte Grenzsetzung, notfalls durch vorübergehende Hospitalisierung), macht auch die hohe Abbruchquote im AOK-Institut deutlich, auf dessen Behandlungsanalyse sich die Autorin ausdrücklich bezieht: „Daß der Analytiker bei der Festlegung der Stundenfrequenz genau bedenken sollte, wie intensiv er sich mit dem Patienten einlassen möchte. Gerade bei Borderline-Patienten gerät man sonst leicht in die Rolle des Zauberlehrlings, der die Geister, die er rief, nicht mehr los wurde. Besonders für den angehenden Therapeuten, der noch wenig Erfahrungen mit Borderline-Patienten gesammelt hat, kann das vorgeschlagene einwöchige Sitzungsintervall deshalb eine sinnvolle Richtschnur darstellen...“.

Erschreckend sind auch Äußerungen in diesem Buche wie „solche Regelung (Trennung aus der Analyse) wird überdies auch häufig durch die gegenwärtig bestehenden kassenrechtlichen Bestimmungen diktiert.“ Oder bei der Frage unerwarteter psychotischer Übertragungsreaktionen: „... wenn er sich zusätzlich seine möglichen Kunstfehler vorzurechnen beginnt und die skeptischen Reaktionen seines Kollegenkreises antizipiert“, ...“ eine begleitende medikamentöse Behandlung in akuten Krisensituationen kann die Angst des Patienten reduzieren“, ...“ der Analytiker, der eine Borderline-Therapie übernimmt, braucht sich damit nicht blind auf ein Abenteuer einzulassen.“

Das Buch schließt mit dem Bericht einer Patientin, für die die Autorin „während fast eines Jahres praktisch nur Zuhörer war“: „Mir geht es gut, seit ich weiß, daß es für mich keine Zukunft gibt. Jetzt wo ich keine Hoffnung mehr habe, kann mir niemand mehr etwas anhaben“. Und die Patientin schließt ihre Schilderung mit den Worten, mit der Frage an die Therapeutin (aus einem Traum): „Willst Du denn nicht wissen, wer ich bin und woher ich komme?“

*Wolfgang Rock (Berlin)*

*Erwin Ringel*

*Das Leben wegwerfen? Reflexionen über Selbstmord*

Herder-Verlag Freiburg, 1978, 282 S.

*Erwin Ringel*, Begründer und Ehrenpräsident der Internationalen Vereinigung für Selbstmordverhütung und Leiter des ersten staatlichen Kriseninterventionszentrums in Wien, dessen Lebenswerk der Beschäftigung mit den Problemen des Selbstmordes und insbesondere der Suizidprophylaxe gilt, illustriert in seinem jetzt vorgelegten allgemeinverständlich gehaltenen Buch die Ergebnisse langjähriger fachlicher Erfahrung durch eine große Auswahl von Textbeispielen und Zitaten aus Literatur und Kunst, in der die Selbstmordproblematik zum Ausdruck kommt.

Wie in zahlreichen anderen Publikationen hat *Ringel* die seelische Verfassung des selbstmordgefährdeten Menschen mit dem von ihm geprägten Begriff des „präsuizidalen Syndroms“ erfaßt und beschrieben; Selbstmordversuch und Selbstmord sind Endpunkte einer psychodynamisch verstehbaren Entwicklung im Lebensweg eines Menschen, dessen präsuizidale Befindlichkeit sich bereits durch eine „situative und dynamische Einengung“, eine „Einengung der zwischenmenschlichen Beziehungen und der Wertwelt“, durch die gehemmte und gegen die eigene Person gerichtete Aggression und durch zunehmende Selbstmordphantasien und Suizidankündigungen gezeigt hat.

Ausgehend von der Untersuchung sozialer Ursachen des Selbstmordes kennzeichnet *Ringel* eine Gruppe von Menschen mit erhöhtem Suizidrisiko: zu diesen zählt er alte Menschen in Einsamkeit und Krankheit; unheilbar chronisch Kranke; Süchtige, deren Verhalten einem chronisch protrahierten Selbstmord gleichkommt; aus politischen, rassistischen und religiösen Gründen Verfolgte und Flüchtlinge; Kriminelle; Menschen in Ehe- und Liebeskonflikten; Menschen in schwerer sozialer Not und finanziellem Zusammenbruch. Nach Anschauung von *Ringel* sind die Ursachen für die verstärkte Selbstmordneigung eines Menschen in dessen früher Kindheitsentwicklung zu erkennen, in der infolge von Ablehnung, Besitznahme oder Mißbrauch durch die Eltern Urmißtrauen und Lebensverneinung entstanden und eine eigentliche Lebensfreude erstickten. An dieser Stelle ordnet *Ringel* den späteren Patienten mit einem präsuizidalen Syndrom dem von *Ammon* konzipierten Borderline-Syndrom zu. In Abgrenzung zu *Amerys* nihilistischer Betrachtungsweise vom Freitod als Freiheit, bedeuten für *Ringel* das präsuizidale Syndrom und die Selbstmordhandlung immer Krankheitszeichen, die, aus innerem unbewußten Wiederholungszwang motiviert, zugleich Hilflosigkeit und Hilfsbedürftigkeit signalisieren: sie verlangen, den gefährdeten Menschen nicht allein zu lassen.

*Ringels* Buch umfaßt sechs Kapitel, von denen die Beschreibung des präsuizidalen Syndroms am wichtigsten erscheint; konkrete psychotherapeutische Strategien fehlen. Die Fülle von Zitaten von Gedichten, Romanpassa-

gen, Schauspiel- und Operausschnitten, die die Belesenheit und Bildung des Autors dokumentieren, sowie zahlreiche themenbezogene Zeitungsnachrichten machen die Selbstmordproblematik spürbarer. Das Buch ist ein interessantes und persönliches Werk von *Erwin Ringel*.

*Elke Jansen (Berlin)*

*Asmus Finzen*  
*Die Tagesklinik*  
*Psychiatrie als Lebensschule*

Piper, München, 1977, 346 Seiten

*Asmus Finzen*, Direktor des niedersächsischen Landeskrankenhauses Wunstorf/Hannover, war von 1972 bis 1975 am Aufbau der an die Universitätsnervenklinik Tübingen angeschlossenen sozialpsychiatrischen Tagesklinik beteiligt. Das vorliegende Buch umreißt die Entstehungsbedingungen dieser Klinik und schildert anhand zeitweilig minutiöser Aufzeichnungen detailliert die Praxis des Klinikalltages: *Finzen* übt massive Kritik überwiegend an Äußerlichkeiten der Realität der psychiatrischen Versorgung in der Bundesrepublik, er stellt hier ein nach seiner Ansicht funktionstüchtiges alternatives Modell psychiatrischer Versorgung dem gegenüber. Zentral ist dabei eine äußere Konzeptualisierung: der Charakter einer Tagesklinik, die den direkten Bezug zur alltäglichen Umgebung des Patienten per Organisation aufrechterhält und ein perfekt strukturierter Tagesablauf bilden den äußeren Rahmen dieses Modells. An die Stelle gängiger Verwahrspsychiatrie tritt eine Fülle externer Angebote und alternativer, bzw. andersartiger Organisationsformen.

Offen bleibt jedoch die Frage nach einer inhaltlichen Auffüllung äußerlich gesetzter Strukturen. Dies war auch die Frage, die mich gleich zu Beginn meiner Lektüre am meisten interessierte: Ich fand ein Kapitel zur Abgrenzung von Sozial- und Antipsychiatrie, wobei ich allerdings auch bei mehrmaligem Lesen in einer Häufung von Widersprüchen steckenblieb, die die Definition des Krankheitsbegriffes betrafen, eine inhaltliche Auseinandersetzung war nicht zu finden. Auch im weiteren standen theoretische Abhandlungen aus dem sozialpsychiatrischen Bereich, meist vermischt mit nicht-direktiven, unbestimmten gruppensdynamischen und psychoanalytischen Ansätzen (es ist die Rede von Übertragung und Gegenübertragung) abgehoben und ohne Bezug zur Praxis zwischen einzelnen Abschnitten.

So fehlt eine Reflexion und echte Auseinandersetzung mit dem therapeutischen Handeln: Das Modell einer Tagesklinik wird aus ökonomischen und sozialintegrativen Gründen gelobt, andererseits engt sich das Behandlungsspektrum zunehmend ein: Alkoholiker, Drogenabhängige, akut Suizidale und offen psychotisch reagierende Patienten sind nicht tragbar, d.h. der An-

spruch einer Alternative zur herkömmlichen Psychiatrie mit ihren Krankheitsbildern wird nicht eingelöst. Dies verwundert allerdings nicht, wenn man die Strukturlosigkeit der Therapie betrachtet: eine Gruppentherapie unklarer Genese und Konzeption kombiniert mit einer Beschäftigungs-, „therapie“ ganz analog der Praxis in der Schulpsychiatrie erscheinen mir ungeeignet, eine reale Veränderung lebensgeschichtlich gewachsener Defizite herbeizuführen. Wenn betont werden muß, daß Patienten auch einmal aggressiv sein dürfen, ist eine Aufarbeitung des mit den schweren psychiatrischen Krankheitsbildern einhergehenden Potentials destruktiver Aggression nicht vorstellbar, ohne die eine nachholende Ich-Entwicklung im Sinne der Dynamischen Psychiatrie nicht möglich ist. Sätze wie „Therapie ist Auseinandersetzung“ wirken in diesem Zusammenhang grotesk und substanzlos, ebenso wie der im Titel formulierte Anspruch einer Lebensschule. In einem Rummel äußerer Angebote werden die Patienten mit ihrer archaischen Vernichtungsangst, der damit verbundenen destruktiven Aggression und ihrem Wiederholungszwang nicht verstanden, sondern allein gelassen.

Die Dynamische Psychiatrie begreift den Menschen als einen leidenden Menschen, der in seiner Primärgruppe reale psychische Verwundungen erlebt hat, die sich als Defizite in der Ich-Struktur niederschlagen. Sie fordert ein geschütztes therapeutisches Milieu, in dem reale menschliche Präsenz und echte Auseinandersetzung gegeben ist, anstelle von Beschäftigungsangeboten und überorganisierten Tagesabläufen. In der Dynamischen Psychiatrie steht, anders als in der Sozialpsychiatrie wie sie von *Finzen* vertreten wird, die Identität des kranken Menschen im Mittelpunkt, d.h. die Frage, wer er jetzt ist, und wer er werden kann und will.

*Barbara Nies (Berlin)*

*Uwe Tewes u.a.*

*Medizinische Psychologie I*

*Psychologische Konzepte für die Medizin*

Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz, Kohlhammer, 1978, 217 Seiten

Medizinische Psychologie ist seit der neuen Approbationsordnung für Ärzte ein Prüfungsfach und aufgrund dessen sind in den vergangenen Jahren eine Reihe von Lehrbüchern zu diesem Thema erschienen. Wie bei dem vorliegenden Buch entsteht dabei der Eindruck, daß jede wissenschaftliche Richtung in der Psychologie Fuß fassen möchte auf dem noch brachliegenden, aber Ernte versprechenden Feld der bisher völlig einseitig somatisch orientierten Humanmedizin.

Zwar gibt auch das vorliegende Buch in der Einleitung vor, alle psychologischen Richtungen, die für die Medizin von Bedeutung sein könnten, zu behandeln und dem Leser näher zu bringen. Bereits beim Inhaltsverzeichnis

wird der Arzt, oder Student der sich das Buch gekauft hat, um sich einen allgemeinen Einblick in die für die Medizin relevanten psychologischen Theorien zu verschaffen, stutzen: denn hier heißt es plötzlich: „Band I, Psychologische Konzepte für die Medizin zur Erklärung menschlichen Verhaltens“. Es geht also – und dies wird durch die weiteren Überschriften und den Inhalt der Kapitel bestätigt – nur um Verhaltensdeterminanten, d.h. um psychologische Konzepte der Lerntheorie, Rollentheorie, Gruppendynamik, Physiologie und Genetik werden unter die Aspekte der Verhaltenspsychologie subsumiert und am Rande einige kritische Anmerkungen zu anderen Theorien gemacht. So wird beispielsweise die psychoanalytische Theorie lediglich auf einigen Seiten abgehandelt und eine kurze Würdigung *Freuds* gegeben, ohne Hinweise auf entscheidende Weiterentwicklungen. Die berechtigte Kritik an *Freuds* Triebmodell ist nicht neu und wird seit Jahren von dynamisch-psychiatrisch orientierten Psychoanalytikern vertreten. Die nebensächliche Bedeutung, die die psychoanalytische Persönlichkeitstheorie im vorliegenden Buch erhält, steht in keinem Verhältnis zur Bedeutung, welche die Psychoanalyse für die Entwicklung der psychosomatischen Medizin hat.

Überhaupt wird der Arzt, der aus seiner Erfahrung heraus weiß, wie eng psychische Bedingungen und körperliches Kranksein zusammenhängen, und wie sehr unbewußte Prozesse, d.h. die unbewußt gewordene Dynamik der frühen Familiengruppe eines Menschen, den Körper beeinflussen, keine Antwort auf diese Zusammenhänge finden. Denn diese Prozesse lassen sich nicht unter das Verhalten eines Menschen subsumieren, sondern sie äußern sich als Gefühle der Angst, der Leere, des Verlassenseins und schließlich als Krankheit. Krankes Verhalten wird dann lediglich zu einer Form des Hilferufs an die Umwelt und entspricht dem Hilferuf, den das körperliche Symptom darstellt.

Psychosomatische Medizin ist das Wissen um die Einheit von psychischen und somatischen Prozessen. Psychosomatische Medizin ist interdisziplinär innerhalb der medizinischen Fachrichtungen und müßte somit zentraler Gegenstand einer medizinischen Psychologie sein. Wenn im Vorwort zu den drei Bänden zu lesen ist: „Wir werden jene Gebiete ausklammern, an denen im Arbeitsalltag psychologische Aspekte relativ deutlich ins Blickfeld gerückt sind, wie in der Psychiatrie und Psychosomatik ... Vielmehr wollen wir uns mit Anwendungsformen befassen in Disziplinen, in die Psychologie erst zunehmend Eingang findet, wie zum Beispiel in den Gebieten der Inneren Medizin, der Chirurgie, der Gynäkologie, der Zahnmedizin usw.“, so wird der gesamte Widerspruch des vorliegenden Lehrbuches offenbar. Nicht nur, daß Psychiatrie und Psychosomatik isoliert werden von der übrigen Medizin, was letztlich zur Gettosituation der Psychiatrie geführt hat, sondern auch, daß den gesamten Menschen und sein Kranksein übergreifende Persönlichkeitstheorien nicht angeboten werden können, da sich die Autoren im wesentlichen an den Äußerungen einer Persönlichkeit, d.h. beim kranken Menschen am Symptom, orientieren und dies wissenschaftlich zu erfassen su-



chen. Die Spaltung von Psychologie und Medizin wird aufrechterhalten, wie ja auch das Wesen der psychosomatischen Erkrankung gerade in der Spaltung von Psyche und Soma liegt.

Wenn die Autoren ihre wissenschaftliche Herkunft bereits im Titel deutlich gemacht hätten, beispielsweise: „Verhaltenspsychologische Konzepte für die Medizin“, so wäre dies redlicher gewesen und der Leser, der sich allgemein orientieren will, hätte von vornherein klar gewußt, worum es sich bei dem Buch handelt und würde sich nicht betrogen fühlen müssen!

*Hartwig Volbehr (Berlin)*

*Andrea Westphal*

*Jochen Ziem*

„Frauen lernen leben“

*Berichte aus der Gruppenpsychotherapie*

Luchterhand Verlag, Darmstadt und Neuwied, Oktober 1977, 140 S.

Die beiden Autoren, *Andrea Westphal*, Lehrerin, und *Jochen Ziem*, freier Schriftsteller in Westberlin und Mitarbeiter in einer gruppenpsychotherapeutischen Großgruppe, reflektieren die Ergebnisse und Effizienzen ihrer psychotherapeutischen Arbeit, welche von dem Berliner Arbeitskreis für Tiefenpsychologie, Gruppendynamik und Gruppentherapie konzipiert und geleitet wird. Dieser Arbeitskreis, welcher von seinen Mitgliedern „die Gruppe“ genannt wird, ist in den Rahmen der deutschen individualpsychologischen Gesellschaft involviert, welche in Berlin unter der Obhut von *Josef Rattner* vor knapp zehn Jahren gegründet wurde.

Das Buch entstand aus dem Bedürfnis, diese psychotherapeutisch arbeitende Großgruppe vorzustellen, und ihre Effizienz, Möglichkeiten und Grenze kundzugeben. Die Autoren beschäftigen sich hauptsächlich mit dem weiblichen Sozialisierungsprozeß, und versuchen seine Chancen und Begrenzungen auseinanderzuhalten. Sieben Lebensgeschichten mit anschließendem Kommentar über die therapeutische Effektivität der Gruppe, demonstrieren eine Breite von Grundkonflikten der Pathologie des Alltags, welche aber nicht unbedingt unter der geschlechtlichen Spezifität zu betrachten sind, wie es in der Lektüre geschehen ist. Eheschwierigkeiten, Probleme in der Erziehung mit Kindern, allgemeine Kontaktgestörtheit, Lern- und Arbeitsstörungen, Autoritätsangst und Hörigkeitszustände werden sehr stark in ein epochalhistorisches und geschlechtsabhängiges Klischee hineingedrängt.

Es wurde, bei den Fallvigneten, nach der Erwartungshaltung gefragt, nach dem Anspruch an eine gruppentherapeutische Behandlung und parallel nach den erlebten und emotional nachvollzogenen Veränderungen, welche in der

Gruppe erfahren wurden. Trotzdem aber wird durch dieses Buch eine pessimistische Tendenz hinterlassen.

Das bestehende soziale Vorurteil von der Omnipotenz des Mannes wird als Postulat übernommen, und die Kultur wegen ihrer fatalistischen gynäkomythen Haltung von vornherein als Faktor der weiblichen Diskriminierung abgestempelt. Die Macht der Vorurteile einer patrilinearen Gesellschaft durchtränkt die Seiten, und färbt sehr negativ den emanzipativen Anspruch der Lektüre.

Die Sprache ist erfrischend, revolutionär, feministisch mit fatalem Akzent und triumphierender Befreiung von der Last der Gefühle. Es wird unausgesprochen ein Idealzustand angestrebt, der durch Angstlosigkeit, Erfolg, Glück und ständige Suche ausgezeichnet wird. Die anfängliche Verheißung und die versprochene Hoffnung bleibt in Versuchen begraben, die in einer Relativität von Anmutungen enden.

*Fotini Ladaki (Düsseldorf)*

## Nachrichten

Auf dem 5. World Congress des International College of Psychosomatic Medicine (ICPM) vom 9.-14. September 1979 in Jerusalem wird die DAP mit nahezu 30 Haupt- und Kurzreferaten vertreten sein. Dr. Günter Ammon wird über Kindesmißhandlung aus Ich-struktureller und gruppendynamischer Sicht sprechen und eine Sektion über die Theorie der Berliner Schule der Dynamischen Psychiatrie leiten. Anschließend wird eine Delegation der DAP unter der Leitung von Günter Ammon einer Einladung von Prof. Dr. med. Dr. phil. Nicholas Destounis, Präsident der Hellenic Society for Psychosomatic Medicine folgend, an einer Tagung der Hellenic Society for Psychosomatic Medicine am 17. September 1979 in Athen teilnehmen. Dr. Ammon wird in einem Vortrag über die Bedeutung der analytischen Gruppentherapie in der Behandlung und Erforschung psychosomatischer Erkrankungen sprechen. Gisela Ammon wird ebenfalls auf dieser Tagung über die Rolle der Märchen in der Psychoanalytischen Pädagogik referieren

Die Internationale Studiengemeinschaft für Pränatale Psychologie (ISPP) wird Dr. Ammon am 5. September 1979 in Basel die Ehrenmitgliedschaft verleihen.

Die Associação Brasileira de Medicina Psico-Somatica, São Paulo, hat durch ihren Präsidenten Dr. Luiz Miller de Paiva Dr. Ammon zum Honorary Member aufgrund seiner bedeutenden Beiträge zur psychoanalytisch-psychosomatischen Medizin ernannt.

### *Eröffnung der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige*

– Ein Modell für die Psychiatrie Europas –

Am 15. Mai 1979 wurde die zweite Dynamisch-Psychiatrische Klinik in Deutschland, die *Klinik für stationäre Psychotherapie und Psychosomatik, Mengerschwaige* in München feierlich eröffnet. Sie arbeitet bereits seit dem 1.4.1979, ist gemeinnützig anerkannt und hat eine Behandlungskapazität von 51 Plätzen. Es werden dort Patienten mit Erkrankungen des psychotischen Formenkreises, Borderline- und psychosomatisch Kranke sowie suchtkranke Patienten behandelt.

### *Was ist Dynamische Psychiatrie?*

In seinem Festvortrag sprach Günter Ammon zum Thema „Was ist Dynamische Psychiatrie“. Er führte darin aus, daß die Dynamische Psychiatrie ein ganzheitliches Krankheitsverständnis vertritt und daß ihr ein Persönlichkeitsmodell zugrunde liegt, das die konzeptionelle Integration von Psycho-

analyse, Gruppendynamik und Psychiatrie anstrebt. Die Dynamische Psychiatrie gehe von einer Gesamtkonzeption des Krankheitsgeschehens als einem ich-strukturellen realen Defizit und einem dazu korrespondierenden *ganzheitlichen therapeutischen Programm* aus. Sie begreift das Wesen des Menschen als in der Vergangenheit gewachsen, sie integriert seine Gegenwart und seine mögliche Zukunft. Im Gegensatz zur Schulpsychiatrie, die durch Unterforderung Entwicklung verhindere, lege die Dynamische Psychiatrie human potentialities (menschliche Möglichkeiten) frei. Die dynamisch-psychiatrische Arzt-Patient-Beziehung sei eine partnerschaftliche; Dynamische Psychiatrie sei immer eine verstehende Psychiatrie, die den Menschen als eine Persönlichkeit im eigenen Recht ansieht und ihr Interesse auf seine noch vorhandenen Identitätsaspekte richte. Sie soll dem Patienten helfen, seine zerstörerischen Krankheiten einzugrenzen, sich gegen andere Meinungen und Aktivitäten, die nicht seinen Bedürfnissen entsprechen, abzugrenzen; und sie solle ihm schließlich helfen, auch sich selbst abgrenzen zu lernen. Dem Geist einer Dynamischen Psychiatrie entspreche es, Wünsche und Bedürfnisse zu verstehen und zu erfüllen und nicht umgekehrt, diese Bedürfnisse wegzuanalysieren und dem Menschen klar zu machen, daß er seine geheimen Wünsche aufzugeben habe. In diesem Sinne sei die Dynamische Psychiatrie keine Anpassungspsychiatrie, sondern eine Psychiatrie, die den Menschen in seiner Einzigartigkeit anerkenne.

### *Differenzierte und sich ergänzende Behandlungskette*

Die Klinik ist ein Meilenstein auf dem Wege zu einer umfassenden und weiten Teilen der Bevölkerung zugute kommenden Behandlungskette einer zugleich *sozialen und dynamischen Psychiatrie*, die seit über zehn Jahren in Deutschland gewachsen ist und sich als lebendige Alternative zur herkömmlichen psychiatrischen und zur erstarrten orthodox psychotherapeutischen Behandlungssituation versteht.

Besonders in der Tradition der ersten milieutherapeutischen Kliniken auf psychoanalytischer Grundlage; der Klinik von *Ernst Simmel* vor 50 Jahren im Humboldt-Schloß in Berlin, der Menninger-Klinik (Topeka, USA), wo außer *Karl* und *William Menninger, Knight* und *Rapaport* wirkten und wo auch *Ammon* lange Zeit gearbeitet hat, sowie Chestnut Lodge, wo *Frieda Fromm-Reichmann, Sullivan* und *Searles* wirkten, arbeitet die Klinik Menter-schwaige nach dem weiterentwickelten Modell der Dynamischen Psychiatrie von *Günter Ammon*, der in seinem integrierten Behandlungskonzept die orthodoxe freudianische Psychoanalyse wie auch die eklektischen Methoden der amerikanischen Dynamischen Psychiatrie überwunden hat. Für die klinische und milieutherapeutische Arbeit erweist sich dabei der als *Ich-Struktur-Konzept* bezeichnete Entwurf von besonderer Tragfähigkeit, da er gruppendynamische Bezüge ebenso zentral in die Dynamik des Unbewußten einbezieht wie in die Vorstellung von einer in die Zukunft gerichteten Identität des Menschen, die sich von einer zwanghaften Triebbestimmung des

Menschen wie auch von einer starren sozialen Angepaßtheit zu befreien vermag.

Dabei gehören Verstehen und Behandeln zusammen: empathisches Verstehen kann erst in der Erfahrung eines interpersonellen Geschehens fruchtbar werden, zur Klärung und zum Verändern führen. Menschliches Leben und Leiden sollen einem neuen ganzheitlichen Verständnis zugänglich gemacht werden, wobei sowohl die biologisch-organische Seite des Menschen und seine soziale Bedingtheit wie auch sein psychisches Gewachsensein in ihrer jeweiligen Bedeutung einbezogen werden.

### *Identitätstherapie*

Psychiatrische Krankheiten werden als Identitätsstörungen begriffen, die lebensgeschichtlich verstanden und je nach dem Schweregrad der frühkindlich erlittenen Schädigung auf einem gleitenden Spektrum angesiedelt werden, das von der Neurose, über Borderline-Symptomatik, Sucht, Psychosomatik, Depression bis hin zu den psychotischen Störungen reicht. Diesem gleitenden Spektrum der archaischen Ich-Krankheiten entspricht in der Klinik ein *am Einzelschicksal orientiertes Spektrum dynamisch-psychiatrischer Behandlung*. Im therapeutischen Milieu der Klinik, in das alle Mitarbeiter und Patienten einbezogen sind, werden die psychoanalytische Milieuthherapie, Einzeltherapie, psychoanalytische Gruppenpsychotherapie, organmedizinische Behandlung wie auch gelegentliche unterstützende psychopharmakologische Behandlung in einem integrierten Behandlungsplan eingesetzt.

Im Rahmen der Therapie, die die konstruktiven und destruktiven Anteile jedes Patienten berücksichtigt, werden die Symptome der Patienten als Ausdruck eines verzerrten Kommunikationsversuches und als Niederschlag einer schädigenden Familiendynamik verstanden. Ziel der Therapie ist über eine Symptombeseitigung hinaus eine nachholende Ich- und Identitätsentwicklung, wobei die Milieuthherapie von zentraler Bedeutung ist, in der es vorwiegend darum geht, gesunde Ich-Anteile zu fördern und defizitäre Ich-Anteile verstehend anzunehmen.

Alle Patienten sind in analytischer Einzel-, Gruppen- und Milieuthherapie. Jedem Patienten steht ein Haustherapeut für alle persönlichen Belange zur Verfügung. Für die körperliche Betreuung sorgt ein Internist. Zum weiteren Mitarbeiterstab zählen Psychiater, Psychoanalytiker, Diplom-Psychologen, dynamisch-psychiatrisches Pflegepersonal, Musik- und Tanztherapeuten, Sozialarbeiter, Sportlehrer. Die Mitarbeiter einer dynamisch-psychiatrischen Klinik verstehen sich als Partner, die sich den Patienten für ein kreatives Erleben gegenüber der krankhaften Wiederholungsdynamik zur Nachentwicklung der erkrankten Persönlichkeit zur Verfügung stellen. Die kreative Funktionsfähigkeit des therapeutischen Feldes der Klinik als ganzes ist dabei gebunden an eine gruppodynamische Kontrollarbeit der Mitarbeitergruppe, in der die Therapeuten-Patienten-Beziehung ebenso wie die Grup-

pendynamik der Patientengruppen fortwährend unter externer Supervision und Beratung untersucht und der Bearbeitung zugänglich gemacht werden.

Psychiatrischer Chefkonsiliarius dieser neuen Klinik ist *Günter Ammon*, der auch die erste Dynamisch-Psychiatrische Klinik Obermenzing seit vier Jahren als Konsiliarius betreut.

Nach der stationären Behandlung folgt im Sinne der nahtlosen Versorgung der Patienten eine teilstationäre Behandlung in der Tagesklinik Stelzerreut oder eine ambulante Versorgung bei niedergelassenen Psychoanalytikern. Mit den dynamisch-psychiatrischen Kliniken hat die Deutsche Akademie für Psychoanalyse *weitgefächerte Behandlungsmöglichkeiten* im Sinne einer lückenlosen Behandlungskette zur Verfügung.

Die *feierliche Eröffnung* fand vor über 300 Gästen in einer überaus herzlichen und warmen Atmosphäre statt. Es nahmen daran neben Repräsentanten der politischen Öffentlichkeit, des kirchlichen Lebens und des Gesundheitswesens Vertreter der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) und ihrer vier Institute und zehn Arbeitsgemeinschaften teil. Außerdem sprachen zur Eröffnung Vertreter der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (DGG) der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM) und Vertreter ausländischer Fachgesellschaften wie der Italienischen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft und der World Association for Social Psychiatry. Grußbotschaften überbrachten auch Abgesandte der „Grauen Panther“ sowie der „Bürgerinitiative für Günter Ammon und sein Wirken für die Menschenrechte in der Psychiatrie“. Die Patienten der Klinik waren intensiv an den Eröffnungsfeierlichkeiten beteiligt. Eine Sprecherin der Patienten stellte in klaren Worten ihre Erfahrungen in der Klinik dar und drückte das gemeinsame Bündnis mit dem therapeutischen Team gegen die Krankheitspartei aus, als Mitstreiter gegen gesellschaftliche Vorurteile und für das unbedingte Ernstnehmen auch der Schwachen in unserer Gesellschaft.

Die Verbundenheit aller drückte sich zum Abschluß im gemeinsamen Singen von Patienten, Ärzten und Gästen aus: *We shall overcome!*

## Neuerscheinungen und Neuauflagen 1978/1979

---

Roland Haas

**Wörterbuch der Psychologie und  
Psychiatrie**

Englisch — Deutsch

Ca. 700 Seiten

Dr. Hans Werner Bierhoff

**Kognitive Organisation, Wahl und  
Voraussage**

Ca. 230 Seiten, ca. DM 52,—

Prof. Dr. Ingrid Deusinger

**Interpersonale Beurteilung**

Eine empirische und theoretische  
Untersuchung

Ca. 290 Seiten, ca. DM 76,—

Prof. Dr. Henning Haase

**Tests im Bildungswesen**

Urteile und Vorurteile

384 Seiten, DM 38,—

Dr. Kurt Kallenbach

**Dimensionen des Lernerfolgs  
beim Labyrinthlernen**

152 Seiten, DM 38,—

Prof. Dr. Arnold Langenmayr

**Familienkonstellation, Persönlichkeits-  
entwicklung, Neurosenentstehung**

188 Seiten, DM 28,—

Prof. Dr. Arnold Langenmayr

**Krankheit als psychosoziales Phänomen**

Ca. 190 Seiten, ca. DM 34,—

Prof. Dr. Ferdinand Merz

**Geschlechterunterschiede  
und ihre Entwicklung**

Lehrbuch der Differentiellen Psychologie  
Band 3

196 Seiten, DM 29,80

Dr. Franz Petermann (Hrsg.)

**Einstellungsmessung —  
Einstellungsforschung**

Ca. 250 Seiten, ca. DM 48,—

Dipl.-Psych. Dominik Prodöhl

**Gelingen und Scheitern  
ehelicher Partnerschaft**

166 Seiten, DM 29,80

Dr. Falko Rheinberg

**Leistungsbewertung und Lernmotivation**  
(Reihe Motivationsforschung Band 8)

Ca. 200 Seiten

Dr. Josef Schenk

**Die Persönlichkeit  
des Drogenkonsumenten**

Ca. 200 Seiten, DM 29,80

Prof. Dr. Reinhard Tausch

Prof. Dr. Anne-Marie Tausch

**Gesprächspsychotherapie**

Einfühlsame hilfreiche Gruppen- und  
Einzelgespräche in Psychotherapie  
und alltäglichem Leben

387 Seiten, DM 27,50

Prof. Dr. Alexander Thomas

**Einführung in die Sportpsychologie**

339 Seiten, DM 29,80

Prof. Dr. Hanns Martin Trautner

**Lehrbuch der Entwicklungspsychologie**

558 Seiten, DM 48,—

Prof. Dr. Erich H. Witte

**Das Verhalten in Gruppensituationen**

400 Seiten, DM 98,—

Prof. Dr. Wolf D. Oswald

Prof. Dr. Erwin Roth

**Der Zahlen-Verbindungs-Test (ZVT)**

Ein sprachfreier Intelligenz Schnelltest

Mappe mit Handanweisung und  
Testmaterial DM 35,—

Dr. Frank Baumgärtel

**Hamburger Erziehungsverhaltensliste  
für Mütter (HAMEL)**

Mappe mit Handanweisung und  
Testmaterial ca. DM 40,—

---

Verlag für Psychologie · Dr. C. J. Hogrefe  
Göttingen · Toronto · Zürich

Rohnsweg 25 · Postfach 414 · 3400 Göttingen

# Werner Wittling (Hrsg.)

## Handbuch der Klinischen Psychologie

**Band I: Methoden der klinisch-psychologischen Diagnostik**

Reihe „Kritische Wissenschaft“, ca. 300 Seiten, Einzelpreis ca. DM 36,- (ca. DM 28,- Gesamtabnahmepreis).

**Band II: Psychotherapeutische Interventionsmethoden**

Reihe „Kritische Wissenschaft“, ca. 340 Seiten, Einzelpreis ca. DM 36,- (ca. DM 28,- Gesamtabnahmepreis).

**Band III: Verhaltensstörungen: Theorien und Befunde**

Reihe „Kritische Wissenschaft“, ca. 280 Seiten, Einzelpreis ca. DM 36,- (ca. DM 28,- Gesamtabnahmepreis). **In Vorbereitung**

**Band IV: Psychotherapeutische Intervention in der klinischen Praxis**

Reihe „Kritische Wissenschaft“, ca. 280 Seiten, Einzelpreis ca. DM 36,- (ca. DM 28,- Gesamtabnahmepreis). **In Vorbereitung**

Dieses vierbändige Handbuch der Klinischen Psychologie, an dem insgesamt 40 Wissenschaftler beteiligt sind, vermittelt einen umfassenden Überblick über den aktuellen Stand der Forschung und Praxis in der Klinischen Psychologie.

**Band I** gibt einen Überblick über die wichtigsten Methoden der klinisch-psychologischen Diagnostik (klinische Urteilsbildung und Differentialdiagnostik, biographische Diagnostik, Verhaltensdiagnostik sowie testpsychologische, psychophysiologische und neuropsychologische Ansätze).

In **Band II** werden die zentralen Methoden der Psychotherapie dargestellt.

## Hoffmann und Campe



## Handbuch der Dynamischen Psychiatrie

Herausgeber: Günter Ammon

ca. 640 Seiten, Leinen ca. DM 98,-, Subskriptionspreis 78,50

*Dieses Werk stellt erstmalig ein Handbuch der Dynamischen Psychiatrie dar.*

Unter Dynamischer Psychiatrie versteht der Herausgeber eine Psychiatrie, in der das Persönlichkeitsbild mit seiner psychogenetischen, psychodynamischen, strukturellen und gruppodynamischen Entwicklung, sowie das Hier und Jetzt der Persönlichkeit zu erfassen versucht wird.

Die Dynamische Psychiatrie integriert den das Organisch-medizinische betonenden Gesichtspunkt einer statisch-deskriptiven Psychiatrie mit den Ich-strukturellen, psychodynamischen und gruppodynamischen sowie gesellschaftlichen Aspekten. Die Dynamische Psychiatrie ist eine verstehende Psychiatrie, die sich um die Einzigartigkeit des ihr anvertrauten Menschen bemüht und danach fragt, wer er ist, warum er so geworden ist und welche gesunden Möglichkeiten für ein therapeutisches Programm vorhanden sind. Die Arzt-Patienten-Beziehung ist das wesentliche Moment der medizinisch-psychiatrischen Untersuchung und besonders der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung.

In diesem Handbuch wird die gegenwärtige Schule einer Dynamischen Psychiatrie in Deutschland als eine humanistische und anthropologische Wissenschaft mit Überwindung der herkömmlichen Nosologie der Schulpsychiatrie dargestellt. Ein Kapitel behandelt u. a. die Geschichte der Dynamischen Psychiatrie mit ihren Vorläufern wie Pinel, Griesinger, Simmel, Alexander, Sullivan, Karl Menninger bis hin zu Ammon und setzt sich kritisch mit den Prinzipien von Endogenität, Sozialpsychiatrie und Antipsychiatrie auseinander.

Die Ich-Strukturschicksale im gleitenden Spektrum der archaischen Ich-Krankheiten und die daraus resultierenden Krankheitsphänomene werden anhand des Störungsgrades von Ich-Funktionen bestimmt und dafür ein therapeutisches Setting als nachfolgende Ich-Strukturentwicklung bereitgestellt. Die Nosologie von Depression, Schizophrenie, Psychosomatik, Borderline, Zwang, Perversion, Sucht und Neurose wird in ihrem strukturellen Kernpunkt verstanden, vor allem in ihrer Dimension der defizitären Aggressions- und Narzißmusentwicklung.

Weitere Kapitel des Handbuches:

Das Ich-strukturelle, gruppodynamische und psychogenetische Verständnis von Krankheit

Diagnostisches Geschehen der Dynamischen Psychiatrie

Behandlungsmethoden der Dynamischen Psychiatrie

Die Dynamisch-psychiatrische Klinik

Kinder- und Jugendlichentherapie

Prävention

Psychoanalytischer Kindergarten

Forschung

Die Dynamische Psychiatrie mit ihrer Konzeption vom Menschen, vom Weg des Kontaktes zu anderen Menschen und einer Strategie für seine Behandlung zeigt einen hoffnungsvollen Weg in die Zukunft für alle psychisch Kranken. Die Elendsanstalten der Schulpsychiatrie, „die eitrigen Wunden unserer Gesellschaft“ (Bettelheim), können nur verschwinden, indem in einer neu begründeten Behandlungswissenschaft die Spaltung von Psychoanalyse und Psychiatrie überwunden wird. In diesem allem Dogmatismus entgegengesetzten Geist hat die Dynamische Psychiatrie ihren Standpunkt. Dieses Standardwerk muß daher als Grundlage für alle in Psychiatrie, Psychotherapie und Pädagogik tätigen Menschen gelten.

**Ernst Reinhardt Verlag München und Basel**

## **Die Dynamisch-Psychiatrische Klinik Menterschwaige**

**sucht**

**aufgeschlossene Mitarbeiter:**

**examinierte Krankenschwester/Krankenpfleger**

die Interesse an anderen Menschen haben und verantwortungsvoll in einem lebendigen Team mitarbeiten wollen.

Bezahlung nach Tarif

Die Dynamisch-Psychiatrische Klinik Menterschwaige ist eine psychotherapeutische Modellklinik in einem Waldgebiet am Stadtrand von München. Fortbildungsmöglichkeiten im weitesten Umfange und Zusatzausbildungen möglich.

**Dynamisch-Psychiatrische Klinik Menterschwaige,  
Geiseltagestr. 203, 8000 München 90, Tel.: 089/64 50 65 oder 64 40 16**

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:  
Ulrike Harlander (Rezensionen), Dietrich Hullmeine, Dr. med. Elke Jansen, Wilfried Vogelbusch,  
Dörte Griepenstroh, Dipl.-Psych. Wolfgang Rock, Dr. med. Gerd Röhling, Dr. med. Hartwig Vol-  
behr, Helmut Volger (Anzeigen), Dipl.-Soz. Karin Wangemann, Lehr- und Forschungsinstitut  
für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik (LFI) der DAP, Wielandstr. 27/28, 1 Berlin 15  
Burkhard Gülsdorff, Arzt, Dipl.-Psych. Ilse Burbiel, Mag. theol. Manfred Link, Dr. med. Karin  
Schibalski-Ammon, Winfried Schibalski (Rezensionen)  
Münchner Lehr- und Forschungsinstitut der DAP, Leopoldstr. 87, 8 München 40

Ursula Andress, Soz.-Päd., Dipl.-Psych. Fotini Ladaki, Dipl.-Psych. Hans Ditt, Dipl.-Psych.  
Helmut Cox, M. S. El-Safti, lic., lett, Everhard Jungeblodt, Dr. med. Regine Schneider, Dipl.-  
Psych. Erda Siebert, Düsseldorfer Lehr und Forschungsinstitut der DAP, Kurfürstenstr. 10,  
4 Düsseldorf 1

Karl-Georg Nickel, Mag. art. Kai Josef Pazzini; cand. med., Mag. theol. Ursula Schmidt,  
Hamburger Lehr- und Forschungsinstitut der DAP, Laufgraben 37, 2 Hamburg 13

Um Unterbrechungen der Belieferung zu vermeiden, bitten wir, unserer Auslieferung Adres-  
senänderungen rechtzeitig mitzuteilen.