ISSN 0012-740X

Dynamische Psychiatrie *Dynamic Psychiatry*

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse
Herausgegeben von Günter Ammon

Gerd Röhling
Psychosomatische Erkrankungen als Störungen primärer Ich-Funktionen

Burkhard Gülsdorff
Die wissenschaftliche Begründung des Begriffes der „endogenen Depression" in der Schulpsychiatrie und deren Forschungsmethodik

Dieta Biebel
Die Entwicklung eines psychosomatischen Symptoms als Ausdruck ich-struktureller Veränderung im psychotherapeutischen Prozeß einer psychotisch depressiven Patientin

Andreas von Wallenberg Pachaly
Das milieutherapeutische Feld der dynamisch-psychiatrischen Klinik als diagnostisches Instrument von Ich-Struktur und Gruppendynamik bei Depression und Psychosomatik

13. Jahrgang 1. Heft 1980

60

PINEL-PUBLIKATIONEN BERLIN

Dynamische Psychiatrie / *Dynamic Psychiatry*

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse
Organ der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (DGG), der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM), der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige und der Deutschen Gesellschaft für Dynamische Psychiatrie (DGDP)

13. Jahrgang, 1. Heft 1980, Nr. 60

Herausgegeben von Günter Ammon

unter Mitarbeit von
F. Antonelli, Roma – C. Bahnson, Philadelphia – R. Barnes, Phoenix – F. V. Bassin, Moskau – 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 – K. Okonogi, Tokio – L. Miller de Paiva, São Paulo – J. Pohl, München – E. Ringel, Wien – G. J. Rose, Rowayton – E. Rosenblatt, Santiago – V. S. Rotenberg, Moskau – H. Searles, Chevy Chase – E. Servadio, Roma – D. Shaskan, Los Angeles – A. E. Sherozia, Tbilisi – 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.

Gerd Röhling (Berlin)
Psychosomatische Erkrankungen als Störungen primärer Ich-Funktionen 1
The Primary Ego-Functions – the Basis of Psychosomatic Structure Organisation 14

Burkhard Gülsdorff (Berlin)
Die wissenschaftliche Begründung des Begriffes der „endogenen Depression" in der Schulpsychiatrie und deren Forschungsmethodik 18
The Meaning of Endogeneous Depression in School-Psychiatry and its Methods of Research 26

Dieta Biebel (Berlin)
Die Entwicklung eines psychosomatischen Symptoms als Ausdruck ich-struktureller Veränderung im psychotherapeutischen Prozeß einer psychotisch depressiven Patientin 28
The Development of a Psychosomatic Symptom as Expression of Ego-structural Change in the Psychotherapeutic Process of a Psychotically Depressive Patient 40

Andreas von Wallenberg Pachaly (Düsseldorf)
Das milieutherapeutische Feld der dynamisch-psychiatrischen Klinik als diagnostisches Instrument von Ich-Struktur und Gruppendynamik bei Depression und Psychosomatik 43
The Milieutherapeutic Field of the Dynamic Psychiatric Hospital as a Diagnostic Tool of Ego-Structure and Groupdynamics in Depression and Psychosomatics 50

Nachrichten/*News* 53

Psychosomatische Erkrankungen als Störungen primärer Ich-Funktionen**

Gerd Röhling*

Die primären Ich-Funktionen nehmen nach Auffassung des Autors im Ich-Struktur-Konzept Ammons metapsychologisch den Ort ein, der im Struktur-Modell Freuds dem Trieb zukam: sie bezeichnen das Grenzgebiet zwischen Psychischem und Somatischem. Die primären Ich-Funktionen haben eine somatische und anlagebedingte Grundlage und erwachsen aus der gesamten organischen Matrix, die somatische Struktur und energetisches Potential umfaßt. Körperliche Substanz und körperliche Funktionen sind von außerordentlicher Plastizität. Sie entfalten und strukturieren sich erst im Rahmen der Zuwendung durch die Mutter und die Primärgruppe. Die psychologische Betrachtungsweise setzt an dem sich im Laufe der Entwicklung einengenden biologischen Spielraum zwischen prospektiver Potenz und prospektiver Bedeutung an. Diese Entwicklung findet an der Grenze von Ich und Gruppe statt. In den lebensgeschichtlich frühesten Perioden, d. h. in der Zeit der besonderen Plastizität der organischen Substanz, schlägt sich diese Entwicklung an der Grenze von Psyche und Soma, d. h. bei der Bildung der primären Ich-Funktionen nieder. Durch dieses neue Konzept des Grenzbereiches von Psyche und Soma wird eine entscheidende Wende vollzogen. Der Triebbegriff ist an eine quasi chaotische und animalische Emotionalität gebunden, die in einer nicht weiter erklärten und starr vorgegeben biologischen Substanz wurzelt. Im Konzept der primären Ich-Funktionen wird hingegen die Strukturierung des Somas selbst von vornherein in einen frühen gruppendynamischen Zusammenhang eingebunden.

Angesichts der nach der Zeit ihrer großen Erfolge – z. B. in der Seuchenbekämpfung – immer deutlicher werdenden Grenzen der naturwissenschaftlichen Medizin wird man wohl nur mit Mühe einen Arzt ausfindig machen können, der die Bedeutung der Psychosomatik rundweg zu ignorieren bereit wäre.

Die Erfahrungen, die ich in Kliniken habe sammeln können, haben mir jedoch immer wieder ein vorherrschendes Denkschema vor Augen geführt, das das Handeln bestimmt und sich etwa folgendermaßen umreißen läßt: Mit den einschlägigen Untersuchungen werden organische, physiologische und biochemische Befunde erhoben, die dann zur Diagnose eines bestimmten Syndroms geordnet werden. Gelingt das nicht, werden Untersuchungen wiederholt und neue angeordnet. Ist das Ergebnis immer noch negativ, wird schließlich eine psychosomatische Erkrankung in Betracht gezogen.

Natürlich soll die Wichtigkeit und Notwendigkeit einer gründlichen somatischen Befunderhebung bei allen Erkrankungen nicht in Zweifel gezogen werden. Verhängnisvoll erscheint mir aber die Neigung, in einem Kurzschluß einen objektivierbaren somatischen Befund mit einer somatischen Ursache gleichzusetzen, sowie die daraus resultierende bisher wenig reflektierte und fragwürdige starre begriffliche Trennung zwischen somatischen und psychosomatischen Erkrankungen, die dann den Wert von Ausschluß- und

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

** Vortrag gehalten auf dem X. Internationalen Symposium der DAP, 8.–12. Oktober 1978, Kongreßhalle Berlin

Verlegenheitsdiagnosen erhalten. Ein Denkschema, bei dem Somato- und Psychogenese sich antagonistisch gegenüberstehen, beherrscht meines Erachtens die klinische Medizin auch und gerade dort, wo die Möglichkeit psychosomatischer Erkrankung durchaus ernsthaft in Betracht gezogen wird.

Objektivierbare somatische Befunde können etwas über das Ausmaß der Krankheit aussagen und für notwendige therapeutische Maßnahmen wichtig sein. Für sich allein sagen sie aber nie etwas über ihre Genese in einem psychophysischen und psychosozialen Gesamtzusammenhang aus.

An der Spaltung zwischen somatischen und psychosomatischen Erkrankungen, die zu einer Abspaltung der psychosomatischen Medizin als Subspezialität zu führen droht, scheint mir die herkömmliche psychosomatische Medizin als Derivat der orthodoxen Psychoanalyse entscheidend mitbeteiligt zu sein. Es fehlt ihr ein entwicklungspsychologisches Konzept, das die psychosomatische Ausbildung der somatischen Struktur und der physiologischen Funktion in den frühesten Lebensphasen im Kontext der ersten Erfahrungen und der symbiotischen Interaktion mit der Mutter zu fassen versucht und daraus die möglichen, im Soma sich niederschlagenden Störungen ableitet. Psychosomatische Erkrankungen werden mit „psychogenen Körperstörungen" (*Hagedorn, Meßner, Studt* und *Arnds*, 1971) gleichgesetzt, wobei die Psychogenese an den eng umschriebenen neurosenpsychologischen Rahmen eines intrapsychischen Triebkonflikts gebunden ist. Psychosomatik wird hier also auf das Vorliegen eines Konfliktes zwischen Sexualtrieb und Über-Ich bezogen. Das muß natürlich die Sichtweise außerordentlich einengen und dazu führen, daß der so verstandenen Psychosomatik nur ein eng begrenzter Ausschnitt innerhalb des Spektrums somatischer Erkrankungen zukommt. Daran ändert sich auch grundlegend nichts, wenn diesem Konzept Untersuchungen im Sinne eines faktorenanalytischen Positivismus nach dem Gusto der Naturwissenschaft aufgepfropft werden. Es bleibt in einem symptomorientierten Denken stecken, dem ein umfassendes Konzept der menschlichen Persönlichkeitsentwicklung in seinen somatischen, psychischen und sozialen Dimensionen nicht zur Verfügung steht. Ein solches Konzept hat *Günter Ammon* in der Auseinandersetzung mit Patienten, die an verschiedensten psychischen und psychosomatischen Erkrankungen aller Schweregrade litten, entwickelt. Sein Ich-Struktur-Modell (*Ammon*, 1979a) verläßt die Ebene triebpsychologischer Spekulation und sieht menschliche Entwicklung auf allen Ebenen – der somatischen, psychologischen und sozialen – als prozeßhaft sich ständig entwickelndes Ergebnis einer Kommunikation mit der umgebenden Gruppe, beginnend mit der Interaktion zwischen Mutter und Kind in der Schwangerschaft. Der gruppendynamische Prozeß, dem das Kind ausgesetzt ist und den es seinerseits aktiv beeinflußt, schlägt sich in differenzierten Strukturbildungen im Individuum nieder. Dabei geht es um mehr als ein komplexes Funktionssystem psychischer und somatischer Prozesse, denn alles ist zentriert auf die lebensgeschichtlich ge-

wordene und sich weiter entfaltende Identität bzw. deren Störungen. In diesem Persönlichkeitsmodell, das das Lebens des Menschen in allen seinen Aspekten umfaßt, hat die isolierte Betrachtungsweise von Funktionen und Symptomen keinen Platz.

Im Lichte dieses Menschenbildes wird der Zugang zu den somatisch kranken Patienten in unseren Kliniken von vornherein ein anderer sein als es der oben von mir skizzierten üblichen Denkweise entspricht. Jede Situation, die den Patienten in eine Klinik bringt – sei es das Entgleisen eines Diabetes, eine Lungenentzündung oder ein Rezidiv einer multiplen Sklerose – stellt eine Grenzsituation dar, die den Patienten aus seinem gewohnten Lebensrhythmus, seinen Beschäftigungen und seiner Umgebung bringt und alle Anzeichen einer ernsten psychophysischen Identitätskrise hat. Die momentane Aufhebung aller Bezüge, in denen er eine Bewältigung seiner Aufgaben und Anpassung an seine Umgebung versucht hat, und das plötzliche Eintreten in das Klinikmilieu bedeuten für ihn in seinen körperlichen Schmerzen und seiner Schutzbedürftigkeit eine Situation kindlicher Abhängigkeit, in der er ein Teil seiner Ich-Funktionen an seine Umgebung delegieren muß. Das ist meines Erachtens die zentrale Ausnahmesituation, in die der Patient bei Aufnahme in die Klinik versetzt ist: sie macht ihn außerordentlich verletzlich, anfällig und abhängig von seiner Umgebung durch das offenkundige Zusammenbrechen seiner Autonomie. Diesem offenbaren, äußerlich sichtbaren Zusammenbruch ist meines Erachtens jedoch schon ein mehr oder weniger latenter innerer Zusammenbruch seiner psychophysischen Anpassung, der Realisierungsmöglichkeit seiner Bedürfnisse und der inneren Organisation der Kontinuität seines Lebenszusammenhanges vorausgegangen. Die Kliniksituation macht das offenbar.

Zuerst einmal würde es dann darum gehen, den Patienten in dieser existentiellen Situation ernst- und anzunehmen und den lebensgeschichtlichen Kontext, in dem sich die somatische Krankheit realisiert, zu sehen. Dadurch würde die Fixierung auf Symptome und mit ihr das voreilige Denken in der starren Alternative Somatogenese versus Psychogenese, die von einer säuberlichen Trennung von somatischen und psychischen Anteilen am Krankheitsgeschehen ausgeht, aufgehoben, auch die Suche nach symptomspezifischen Konflikten träte zunächst in den Hintergrund. Dann käme es meines Erachtens bei allen somatischen Erkrankungen darauf an, einen genauen körperlichen Befund zu erheben und sich gleichzeitig ein Bild von der Ich-Struktur des Patienten zu machen. Erst die Zusammenfassung beider Untersuchungen würde die Voraussetzung schaffen, der Frage nach der Genese der Erkrankung nachzugehen und eine sinnvolle therapeutische Strategie zu entwikkeln.

Um zu zeigen, wie wenig eine alternative und isolierte Betrachtungsweise von Psychogenese und Organogenese dem Bedingungsgefüge somatischer Strukturbildung gerecht wird, möchte ich mich auf den Begriff der primären Ich-Funktionen beziehen.

Die primären Ich-Funktionen sind dabei „als Basis der zentralen und diese wiederum als Basis der sekundären zu verstehen" (*Ammon*, 1978). Die primären Ich-Funktionen sind nach *Ammon* „vorwiegend die biologische Existenz betreffende Ich-Funktionen – wozu ich Motorik, taktile Wahrnehmung, Sehen, Hören und den Gleichgewichtssinn rechne." Nach *Ammon* entwickelt sich die Basis der Ich-Identität im Rahmen der Mutter-Kind-Symbiose auf der Ebene des Körper-Ichs. Das Körper-Ich differenziert sich aus einem primär angelegten Ich-Kern und bildet die Grundlage der Ich-Strukturen mit den zentralen Ich-Funktionen, die alle somit eine somatische Verankerung haben. Dabei ist entscheidend, daß auch der Körper selbst und die körperlichen Funktionen keine festgelegte, angeborene Struktur haben, sondern sich erst im Rahmen der Zuwendung durch die Mutter und die Primärgruppe entfalten und strukturieren können, um dann als Körperbild und Körpergefühl auch psychisch integriert zu werden. Die primären Ich-Funktionen bilden genetisch Aufbaukategorien der zentralen und sind gleichzeitig die Ausdrucksmittel, deren sich die zentralen bedienen, um mit der Umwelt in Kommunikation und Interaktion zu treten. Somatische Erkrankungen sind damit auch immer eine bestimmte Form, in der ein Mensch mit seiner Umgebung kommuniziert.

Es erscheint daher zunächst weniger wichtig, nach versteckten psychischen Konflikten als mögliche Ursache somatischer Symptome zu forschen, als vielmehr das wahr- und anzunehmen, was der Patient anbietet: die Art, in der er Kontakt aufnimmt, wie er seine Beschwerden vorbringt und wie er über seine Symptome spricht; welchen Körperausdruck er hat; wie er mit seinen Ängsten umgeht; wieviel Realitätseinsicht er zeigt; wie er sich auf die Situation auf einer medizinischen Station einstellt, wie „angepaßt" er sich verhält und anderes mehr. Dabei ist zu berücksichtigen, daß die mit einer Organerkrankung einhergehende Störung des Körpergefühls für den Patienten eine narzißtische Kränkung auf der Körperebene bedeutet, die verschiedene Abwehr- und Bewältigungsmechanismen hervorruft, die in der Klinik oft offener als sonst zutagetreten. Das mag daran liegen, daß in der Klinik sekundäre Identitätskompensationen, d. h. fassadär benutzte sekundäre Ich-Funktionen – wie zum Beispiel Arbeit – weitgehend fortfallen, so daß der Zustand der zentralen Ich-Funktionen und des Identitätsgefüges viel deutlicher wird. Herkömmliches Denken trennt streng zwischen dem Charakterbild des Patienten und einem quasi eigenen Gesetzen gehorchenden somatischen Symptom. Das mag eine pragmatische Berechtigung zum Beispiel für die Behandlung einer Fraktur haben und auch für andere technische Fertigkeiten erfordernde Erkrankungen zeitweise sinnvoll sein. Angesichts der meisten internistischen und neurologischen Erkrankungen, besonders der chronischen, zielt dieses Denken zu kurz. Hier hat die Krankheit einen Stellen- und Ausdruckswert innerhalb der Einheit der Persönlichkeit. Z. B. erscheinen bei Patienten mit multipler Sklerose die starke Reizbarkeit, ihre geballte Aggressivität hinter einer maskenhaft freundlichen Fassade und die

stark ritualisierten Verhaltensweisen, die besonders in bezug auf den Umgang mit dem eigenen Körper immer wieder zu beobachten sind, nicht einfach als sekundäre Reaktionen auf eine ja im übrigen hinsichtlich der somatischen Aspekte der Ätiologie noch recht ungeklärten körperlichen Erkrankung, sondern sind bei genauerer Befragung schon vor Ausbruch der Krankheit nachweisbar, zum Beispiel in außerordentlich masochistischen Partnerbeziehungen. Auch ist nicht einzusehen, daß das außerordentlich selbstdestruktive Verhalten epileptischer Patienten eine bloße Folge von Zellschäden im Gehirn sein soll: es scheint vielmehr konstitutiv zu dieser Krankheit zu gehören.

Das führt über die bisherigen Betrachtungen hinaus, in denen es um die Ebene des unmittelbaren Kontaktes und psychophysischen Ausdrucks der ernstgenommenen interpersonellen Situation ging, in der der somatisch Kranke sich und sein körperliches Symptom auf eine spezifische Weise präsentiert, die Rückschlüsse auf seine aktuelle Situation und seine Ich-Struktur zulassen. Auf einer tieferliegenden Ebene erhebt sich die Frage der Genese somatischer Symptome und der Beurteilung und Abgrenzung psychischer und somatischer ätiologischer Faktoren.

Dazu möchte ich zunächst allgemein auf die Strukturierung körperlicher Prozesse eingehen. Unter den primären Ich-Funktionen bzw. der primären Ich-Struktur möchte ich die gesamte organische Matrix verstehen, die somatische Struktur und energetisches Potential umfaßt. Diese hängt von erbgenetischen Faktoren ab, denen bestimmte somatische Entwicklungen zukommen – jedoch nicht zwangsläufig, denn die körperliche Substanz ist von einer außerordentlichen Plastizität. Diese Plastizität wird in naturwissenschaftlich-entwicklungsgeschichtlichen Kategorien durch den Spielraum ausgedrückt, der zwischen der „prospektiven Potenz" – das heißt der Gesamtheit der Entwicklungsmöglichkeiten von Zellverbänden – und der „prospektiven Bedeutung" – das heißt der „normalerweise" realisierten Entwicklung besteht.

An diesem weiten und sich im Laufe der Entwicklung einengenden Spielraum zwischen prospektiver Potenz und Bedeutung, in dem die somatische Strukturbildung stattfinden kann, muß die psychologische Betrachtungsweise ansetzen.

Hier ist der Raum für die interpersonellen Einflüsse, die mit der psychosomatischen Interaktion zwischen Mutter und Kind in der Schwangerschaft beginnen und den Ausbildungsprozeß der primären Ich-Funktionen als ein gruppendynamisch bedingtes Strukturierungsgeschehen erscheinen lassen. Die bei der Geburt gegebene primäre Ich-Struktur ist damit schon ein Resultat der vorgeburtlichen Beziehung zwischen Mutter und Kind, sowie des Verhaltens der umgebenden Gruppe zur Mutter und zur Schwangerschaft. Ich möchte in diesem Zusammenhang auf die Arbeiten von *Graber* (1945 und 1971) verweisen und von *Rottmann* (1974), der die Auswirkung der emotionalen Einstellung der Mutter zur Schwangerschaft auf das Neugebo-

rene empirisch belegt, sowie von *Ammon* und *Karin Schibalski-Ammon* (1977) über die Beziehung von Frühgeburt und psychosomatischer Erkrankung.

Psychosomatische Energien entfalten sich erst im dynamischen Kräftespiel der Kommunikation, wobei die psychophysische narzißtische Zuwendung auf der intrauterinen Ebene, später durch die Mutter und die Primärgruppe die Ausbildung der organischen Struktur und des energetischen Musters bewirken. Die empirische psychosomatische Forschung konnte die psychodynamische Beeinflußbarkeit der organischen Substanz belegen und damit auch dem Triebkonzept den Boden entziehen.

So wies *Hilde Bruch* (1971) nach, daß das Hungergefühl nicht biologisch angelegt ist, sondern vom Kind im Kontakt mit der Mutter durch Introjektion ihrer Reaktionen auf seine Bedürfnisse erlernt wird und sich dadurch erst strukturiert. Ebenso wird das Schmerzgefühl vom Kind erst in der frühen symbiotischen Dynamik mit der Mutter erlernt und organisiert (*Ramzy* und *Wallerstein*, 1958). Die Ausbildung von körperlichen Bedürfnissen und Körpergefühlen ist also eng an das interpersonale Beziehungsgeflecht gebunden. Schon *Paul Schilder* (1924) hat in seinem Konzept des Körperschemas den biologischen, psychologischen und sozialen Aspekt derart miteinander verbunden, daß er die intrapsychischen und die interpersonellen Vorgänge über die Brücke des Körpers zueinander in Beziehung setzt und sie im körperlichen Erleben und im Verhältnis des Körpers zu sich selbst ihre Widerspiegelung und ihren Ausdruck finden läßt. Damit wird die Strukturbildung des Körpers selbst zum ersten Mal auf die Umwelt bezogen: „Der menschliche Körper wird erst lebendig (wird Leib), wenn er mit Dingen oder Menschen in Berührung kommt." (*El-Safti*, 1973)

Ammon begreift Identität „genetisch und dynamisch grundsätzlich als ein interpersonelles und gruppendynamisches Geschehen, das sich an den Grenzen von Ich und Gruppe vollzieht. . . . An dieser Grenze vollzieht sich . . . die Entwicklung psychischer Strukturen überhaupt. Dabei findet jede innerhalb der lebensgeschichtlich bedeutsamen Gruppen gewonnene Erfahrung ihren Niederschlag in einer Facette der gesamten Ich-Struktur" (*Ammon*, 1978). Diese an der Grenze von Ich und Gruppe stattfindende Entwicklung schlägt sich meines Erachtens – und zwar besonders in den lebensgeschichtlich frühesten Perioden, in der Zeit der besonderen Plastizität der organischen Substanz – in einer Strukturbildung an den Grenzen von Psyche und Körper, das heißt bei der Bildung der primären Ich-Funktionen, nieder. In der Gruppenpsychotherapie können diese Ebenen der in eine körperliche primäre Ich-Struktur eingegangenen Primärgruppendynamik reaktiviert werden. So finden wir als Folge und Ausdruck einer ich-strukturellen Veränderung im Kontext des Gruppengeschehens bei den einzelnen Mitgliedern eine körperliche Veränderung: in der Haltung und im Gang, in der Figur und im Gesicht, in der Mimik und im Ausdruck. Diese Veränderungen können im Gruppengeschehen besonders gut in statu nascendi studiert werden.

Es wird dabei die innige Verschränkung von körperlicher Struktur und Ich-Entwicklung deutlich, sowie die Verbindung zwischen der Dynamik der primären Ich-Funktionen und der organischen Entwicklungsmöglichkeiten.

So drückt z. B. das Gesicht des Patienten jenseits seiner Worte und ohne daß er selbst sich seiner Gefühle bewußt zu sein braucht, unmittelbar seine Befindlichkeit – seine Angst, seine Wut, seinen Widerstand u. a. – aus. Strukturelle Änderungen im Verlaufe der Therapie spiegeln sich nicht nur im Körperlichen wider, sondern sie sind auf der Ebene primärer Ich-Funktionen gleichbedeutend mit Änderungen des körperlichen Erscheinungsbildes, der Haltung und besonders des Gesichtes. Identität drückt sich im Körper aus. So sind die im Laufe eines Therapieprozesses fotodokumentarisch festgehaltenen Bilder von größter Bedeutung und Aussagekraft. Sie sagen oft mehr als komplizierte psychologische Beurteilungen und können diese – im positiven wie im negativen Sinn – Lügen strafen. Besonders wichtig kann dabei die Wahrnehmung der eigenen Körperlichkeit im Video-Tape sein, die dem Patienten eine Beziehung zu dem vermittelt, was unbewußt sein Körper ausdrückt.

Auch in der phylogenetischen Entwicklungsgeschichte des Menschen aus seinen hominiden Vorformen wird das Beziehungsgeflecht zwischen körperlicher Struktur, Funktion und psychischem Ausdruck deutlich. Entscheidend für die Hominisation war die Herausbildung des aufrechten Ganges: hieran war die Entwicklung der Schädelkapsel und damit des Gehirns ebenso gebunden wie die Befreiung der Hand zum Werkzeug und die Freigabe des Blickfeldes und damit die weite Sicht, also die Herausbildung des sogenannten Auge-Hand-Feldes. Die Entwicklungstheoretiker des 19. Jahrhunderts pflegten nun – ganz analog zu den Psychosomatik-Forschern, die Psyche und Soma als schon fertige unabhängige Größen in einer dualen Kausalitätsbeziehung zu fassen versuchen – das Problem so anzugehen, daß sie beispielsweise die Frage aufwarfen, ob die Aufrichtung des Vormenschen dem Werkzeuggebrauch vorausgegangen oder ihm gefolgt sei. Die moderne Anthropologie hat diese Fragestellung als falsch verworfen. Aufrechte Haltung, Gehirnentwicklung und Werkzeugfindung bilden vielmehr einen untrennbaren Strukturzusammenhang, das heißt, körperliche Substanz, physiologische Leistung und psychischer Ausdruck sind aufeinander bezogen und bilden ein ich-strukturelles Muster. *Plessner* (1961) sagt, daß „die psychophysische Verbindung sich nur im Vollzug der Existenz verwirklicht" – man könnte auch sagen: in der aus der Beziehung zur Umwelt entwickelten Identität. „Die Werkzeuge sind dabei Verlängerungen unserer Organe und folgen ihrem Modell" (*Plessner*) – das heißt: alle Ich-Funktionen wurzeln im Körperlichen, in den primären Ich-Funktionen. In der Ontogenese bildet sich bereits im zweiten Monat der Schwangerschaft die typische lordotische Krümmung der Lendenwirbelsäule aus, aber die aufrechte Haltung muß bezeichnenderweise – obzwar als Ich-Potentialität angeboren – vom Kinde mühsam erlernt werden.

Ein zureichendes Konzept somatischer Ich-Entwicklung und ihrer Störungen müßte meines Erachtens den aufgezeigten Strukturzusammenhang zwischen Körper, seinen Funktionen, psychischem Ausdruck und sozialem Feld berücksichtigen. Eine einfache Gegenüberstellung von Anlage und Umwelt, die als feste Größen miteinander in Interaktion treten, zielt zu kurz.

In engem Zusammenhang mit der Organisation der primären Ich-Struktur bilden sich dann die zentralen Ich-Funktionen wie Ich-Identität, Angst, Autonomie, Ich-Abgrenzung, Aggression und Sexualität, die alle meines Erachtens eine Verankerung in der körperlichen Ich-Struktur haben und sich in innigem, wechselseitigem strukturellen und funktionellen Zusammenhang entfalten. Ich-Identität und körperlicher Ausdruck, Aggression und Motorik, Sexualität und äußere Wahrnehmung und Perzeption der Hautoberfläche, Autonomie und Bewegung, Angst und innere Perzeption sind dabei aufeinander bezogen. Die primären Ich-Funktionen stellen früheste psychosomatische Kategorien des Ich-Aufbaues dar, die sowohl in Bezug auf die somatische Organisation als auch auf das energetische Potential die zentralen Ich-Funktionen speisen. Anstelle eines Triebpotentials tritt hier die Vorstellung von spezifischen Ich-Energien, die sich an der Grenze von Psyche und Soma in der frühen lebensgeschichtlichen Interaktion – und zwar als Resultat der „Energiezufuhr" durch die emotionale Zuwendung der Mutter und Primärgruppe – ausbilden und an bestimmte primäre Ich-Funktionen gebunden sind. Daraus ziehen die zentralen Ich-Funktionen ihr Potential und ihre Energie.

Auffallend ist, daß körperlich Kranke oft psychischen Schmerz nicht zu erleben vermögen und hartnäckig immer wieder auf ihren körperlichen Schmerz verweisen. In diesem Insistieren auf den eigenen Körper scheint mir ein Versuch zu liegen, in einer autoreparativen Tendenz immer wieder auf die körperlich erlebbaren Rudimente eines Existenzgefühles zurückzugreifen, um die auf der Ebene der primären Ich-Funktionen arretierte Ich-Entwicklung wieder aufzunehmen.

Ein extremes Beispiel ist ein Patient, der sich immer wieder seine Pulsadern aufgekratzt und aufgeschnitten hatte. Er war von seinem Großvater wiederholt schwer körperlich gezüchtigt und mißhandelt worden, wobei der Großvater ihn im Keller angebunden hatte. Als er 13 Jahre alt war, starb der Großvater. Bald darauf hatte er einen Traum, in dem er den Großvater umbrachte. Unmittelbar im Anschluß daran begann er mit der Kette seiner selbstzerstörerischen Handlungen. Eine lange orthodoxe Psychoanalyse hatte ihn dazu gebracht, seine suizidalen Aktionen psychodynamisch erklären zu können. Diese Erklärung gab er ohne Emotionen von sich, geändert hatte sich bei ihm nichts.

Er wurde in eine neurologische Klinik eingewiesen, wo sofort ein EEG angeordnet wurde, das dann auch einen Befund im Sinne mittelschwerer unspezifischer Veränderungen erbrachte. Die selbstzerstörerischen Akte wurden daraufhin als Anfallsäquivalente einer epileptischen Erkrankung diagno-

stiziert, die dann auch – nicht ohne Schadensfreude – als Erklärung für das Versagen der Psychotherapie genommen wurde. Verborgen blieb den Ärzten, daß der Patient seine Wunden unter den sorgfältig angelegten Verbänden ständig neu aufkratzte und anätzte: nur so konnte er sich überhaupt ein Existenzgefühl verschaffen und sich im körperlichen Schmerz erleben. Andere Gefühle hatte er nicht zur Verfügung. So mußte er immer wieder zwanghaft die ihm körperlich zugefügten schweren Wunden selbst aufreißen, weil seine dort festgebundene Ich-Entwicklung es ihm nicht ermöglicht hat, ein psychisches Leidensgefühl auszubilden. Erst die Erfahrung anderer bis an die Schmerzgrenze gehender körperlicher Empfindungen wie heißes Baden und Boxen mit Mitpatienten ermöglichten ihm eine Differenzierung seines Körpererlebens und dann über ein direktes aggressives Angehen erste Äußerungen psychischer Empfindungen.

Genau auf dieser Ebene setzt die Milieutherapie an, die besonders Patienten, denen eine psychische Ebene des Ausdrucks weitgehend noch nicht verfügbar und erlebbar ist, die Möglichkeit gibt, sich auf einer körperlichen Aktionsebene zu zeigen. Identitätsangst ist hier, noch ganz konkret und körperlich faßbar, Angst davor, seinen Körper und dessen Bewegungen in der Arbeit oder bei gemeinsamen Unternehmungen den Blicken der Gruppe auszusetzen.

Ein Identitätsschritt ist hier noch ein ganz konkret vollzogener Schritt zu einem neuen körperlichen Verhalten oder dem Lernen handwerklicher Fähigkeiten. Abgrenzung nach innen gegenüber der Welt der Phantasien heißt hier ein Sich-Einlassen auf körperliche Berührung von Menschen und Dingen und auf gemeinsame Unternehmungen. Aggression meint hier erst einmal das ad-gredi im wörtlichen Sinn: auf etwas zugehen, etwas anfassen, etwas ausprobieren. Hierbei wird deutlich, daß alle zentralen Ich-Funktionen ihre Verankerung in den primären Ich-Funktionen haben und mit ihnen in einem wechselseitigen Prozeß stehen. Besonders zeigt sich das auch bei der Sexualität, in die viele primäre Ich-Anteile eingehen und deren körperlicher Ausdruck mit der Aggression, der Kreativität, der Ich-Abgrenzung und besonders dem Sichöffnen der Ich-Grenzen eng verbunden ist.

Die primären Ich-Funktionen bezeichnen innerhalb des Ich-Struktur-Konzeptes den Ort der somatischen Organisation, oder anders ausgedrückt: das Grenzgebiet zwischen Psychischem und Somatischem. Sie nehmen damit meines Erachtens metapsychologisch den Ort ein, der im alten Strukturmodell dem „zum Somatischen offenen" Trieb zukam. Durch die neue Konzeptionalisierung des Soma-Psyche-Grenzbereiches wird eine entscheidende Wende vollzogen: war der Triebbegriff an eine Auffassung einer quasi chaotischen und animalischen Emotionalität gebunden, die in einer nicht weiter erklärten biologisch-somatischen Substanz – und nur dort – ihre Wurzeln schlägt, und war damit auch die Richtung der Differenzierung nur einseitig vom als vorgegeben genommenen Soma zur Psyche – im Sinne einer Desomatisierung (nach *Schur*, 1950, mit einer Neutralisierung von Triebenergie

verbunden) – festgelegt, so wird im Konzept der primären Ich-Funktionen die Strukturierung des Somas selbst von vornherein in einen frühen gruppendynamischen Zusammenhang eingebunden, wobei an der Soma-Psyche-Grenze das Körperliche in seiner biologisch gegebenenPlastizität und psychische Einflüsse, die einen Reiz für die Entwicklung der Körperfunktionen bilden, einen Strukturbildungsprozeß eingehen. Auch die an physiologische Prozesse in der lebenden Substanz gebundene biologische Energie findet Qualität, Richtung und Strukturierung erst in einem Interaktionszusammenhang mit der emotionalen Energie der Umwelt. Dem steht die Konzeption eines Triebgeschehens gegenüber, wobei *Freud* (1915 b) selbst den Trieb als einen „ziemlich dunklen Grundbegriff" bezeichnete, den er „aber in der Psychologie nicht entbehren zu können" glaubte.

Die Konzeption des Triebes, der – wie *Freud* sagt – zum „Somatischen hin offen" ist – was ja die Vorstellung eines genuinen psychosomatischen Geschehens weckt – ist bezeichnenderweise zwiespältig gewesen. Einerseits sah *Freud* im Trieb selbst die „psychische Repräsentanz einer kontinuierlich fließenden innersomatischen Reizquelle" und bezeichnete den Trieb als „einen der Begriffe der Abgrenzung des Seelischen vom Körperlichen" (*Freud*, 1905). Andererseits unterschied er aber zwischen dem Trieb als etwas Nicht-Psychischem, Körperlichem und seiner psychischen Vorstellungsrepräsentanz: „Ein Trieb kann nie Objekt des Bewußtseins werden, nur die Vorstellung, die ihn repräsentiert." Der Ausdruck „eine unbewußte Triebregung" sei daher nur eine Verkürzung für „eine Triebregung, deren Vorstellungsrepräsentanz unbewußt bleibt" (*Freud*, 1915 a). An anderer Stelle heißt es: „Unter der Quelle des Triebes versteht man jenen somatischen Vorgang in einem Organ oder Körperteil, dessen Reiz im Seelenleben durch den Trieb repräsentiert wird" (*Freud* 1915 b). „Das Studium der Triebquellen" gehöre jedoch „der Psychologie nicht mehr an."

Für *Freud* war der Trieb Ausfluß eines vorgegebenen, biologischen, gleichsam endogenen Geschehenes – wobei die Assoziation zum mystifizierenden Endogenitätsbegriff der orthodoxen Psychiatrie nicht zufällig ist. Er erfüllte die gleiche Funktion: Der mystifizierende Triebbegriff blieb ein Sammelbecken, auf das man so leicht wie auf eine Endogenität rekurrieren konnte, wenn das Verständnis und die psychogenetische Ableitung auf Schwierigkeiten stieß. Der Trieb als das „wichtigste und dunkelste Element der psychologischen Forschung" (*Freud*, 1920) hat die orthodoxen psychosomatischen Theorien entscheidend geprägt. Sie beruhen auf der Vorstellung eines psychischen Konfliktes zwischen Trieb und Umwelt, der durch einen „rätselhaften Sprung" ins Körperliche seine Form verändert und sich gleichsam auf körperlicher Bühne materialisiert, weil die zugrunde liegende psychische Vorstellung verdrängt werden muß. Auf diesem *Freud*'schen Konzept der Konversionshysterie, das heißt der „Unschädlichmachung einer unverträglichen Vorstellung dadurch, daß die Erregungssumme ins Körperliche umgesetzt wird" (*Freud*, 1894), beruhen die psychosomatischen Konzepte

von *Üexküll, Mitscherlich, Rangell, Cremerius, Pakesch, Luban-Plozza* und vielen anderen.

Pakesch und *Pieringer* (1976) formulieren: „Die chronische Konversion geht entweder ohne organische Veränderungen einher, dann entstehen die Angstneurosen. Treten bei der chronischen Konversion organische Veränderungen auf, entstehen die psychosomatischen Erkrankungen."

Da viele Erscheinungsformen psychosomatischer Erkrankungen ganz offensichtlich nicht in das spezifische und eng umschriebene Konversionsmodell *Freuds* paßten, half man sich damit, den Konversionsbegriff immer weiter auszudehnen. So sagt *Cremerius* (1957), die hysterischen Organsymptome könnten sich grundsätzlich an allen Organen abspielen. *Rangell* (1969) löste den Konversionsbegriff von der Hysterie und definierte Konversion allgemein als eine Verschiebung von der Besetzung seelischer Prozesse zur Besetzung somatischer Innervation. Dabei bleibt – so betont *Rangell* – das entscheidende Kriterium der Konversion, daß sie abgewehrte Triebwünsche ausdrücke. Dadurch ergibt sich die paradoxe Situation, daß einerseits dem Konversionsvorgang universale Bedeutung für die Bildung psychosomatischer Symptome zugesprochen wird, andererseits deren Genese ausdrücklich auf einen Triebkonflikt beschränkt bleibt. Es ist verständlich, daß die behauptete Universalität dieses Erklärungsschemas auf jeden erfahrenen Kliniker abenteuerlich anmuten muß.

Ich möchte die Kritik an diesen Psychosomatik-Konzepten in drei Punkten zusammenfassen:

1. Bezogen auf die Genese setzen diese Modelle erst auf der entwicklungsgeschichtlich relativ späten Ebene komplizierter psychischer Prozesse an, die einen hohen Grad einer schon erreichten Konfliktfähigkeit ebenso voraussetzen wie die Fähigkeit zur Verdrängung, die nach *Mitscherlichs* Vorstellung einer „zweiphasigen Verdrängung" sogar besonders groß sein muß. Der Körper selbst wird erst sekundär – im Sinne einer Resomatisierung (*Schur*, 1950) – in Mitleidenschaft gezogen.
2. Der Bildungsprozeß körperlicher Strukturen und Vorgänge, der – wie oben skizziert – von vornherein in einem gruppendynamischen Kontext stattfindet, wird als gegeben vorausgesetzt und nicht grundlegend reflektiert. Der Körper ist lediglich eine Bühne, auf der die Requisiten schon nach einem festen Muster angeordnet sind, bevor sich der Vorhang zum sexuellen Drama hebt.
3. Das Muster, nach dem diese Requisiten angeordnet sind, wird letztlich immer auf eine postulierte und vorgegebene Triebausstattung zurückgeführt, deren endogene Starrheit und schon von *Freud* konstatiertes Dunkel nicht ausgeleuchtet werden, sondern in den Konzepten der orthodoxen und neoorthodoxen Psychoanalyse unbefragt tradiert werden.

Ich möchte hier nicht den Eindruck erwecken, als ob das Ich-Struktur-Modell die komplizierten Entstehungsbedingungen somatischer Vorgänge im Einzelnen theoretisch befriedigend erklären könnte. Ich meine aber, daß

dieses Modell mit seiner Überwindung des Triebbegriffs und der Konzeption primärer Ich-Funktion einen erweiterten theoretischen Rahmen schafft, der aus dem Dilemma der starren Alternative von Somato- und Psychogenese herausführt und neue Denkwege eröffnet. Dieses Modell kann nicht alle Fragen lösen, vielmehr die Tür aufstoßen, neue und bisher ausgesparte Fragen überhaupt erst einmal zu stellen. Es stellt die starre Trennung von somatischen – als somatogen verstandenen – und psychosomatischen – als psychogen verstandenen – Erkrankungen in Frage, indem es die Bildung und Störung körperlicher Prozesse von vornherein auf die gruppendynamisch bedingte Bildung und Störung der Ich-Strukturen und der Ich-Identität bezieht, wobei sich das Geschehen an der Grenze von Ich und Gruppe in der Strukturbildung der primären Ich-Funktionen an der Grenze von Soma und Psyche niederschlägt. Somatische Störungen sind immer in einen Ich-strukturellen Zusammenhang eingebettet. Ich möchte körperliche Erkrankungen auf einem gleitenden Spektrum sehen. Auf der einen Seite ständen dann etwa angeborene Erkrankungen und Geburtsschäden als Strukturdefekte, sozusagen als Löcher im körperlichen Ich, die den Ausgangspunkt für Störungen der zentralen Ich-Funktionen, letztlich der Identität, bilden. Auf der anderen Seite des Spektrums ständen die psychosomatischen Erkrankungen, die in einem gruppendynamisch nachvollziehbaren Kontext entstanden sind und denen nach *Ammon* (1974) frühe Ich-Defekte als Ausdruck interpersoneller Defizite zugrundeliegen.

Zum Schluß möchte ich aufzeigen, daß dieses skizzierte und in vielem noch lückenhafte Verständnis somatischer Erkrankungen zu weitreichenden Konsequenzen in der therapeutischen Praxis der klinischen Mediziner führen muß. Den Unterschied zu weitverbreiteten Vorstellungen mag eine Äußerung *Franz Heigls* (1978) belegen, die in sich konsequent aus der Begrenztheit orthodoxer Konzepte folgt:

„Psychosomatisch Kranke beharren auf der Somatogenese ihres Leidens, weil seelisches Kranksein für sie bedeutet, an ihrem Leiden schuldig zu sein und sich deswegen schämen zu müssen. Bei solchen Patienten besteht der erste und oft nur zögernd vollzogene therapeutische Schritt darin, daß sie eine Psychogenese ihres Leidens wenigstens zu unterstellen bereit sind. Es ist so lange kein psychotherapeutisches Arbeitsbündnis mit ihnen zu schließen, wie sie von der Organogenese ihres Leidens völlig überzeugt sind."

Zu dieser Einstellung ist folgendes zu sagen:

1. Sie hält an einer reinlichen Trennung von Somato- und Psychogenese fest und läßt das Bedingungsgefüge der Ausbildung körperlicher Vorgänge außer Acht.
2. Sie spart einen großen Teil von Patienten mit tief im Soma verwurzelten Erkrankungen aus. Zum Beispiel ist mir schwer vorstellbar, wie jemand dazu gebracht werden könnte, die Psychogenese etwa eines Diabetes oder einer Krebserkrankung von vornherein zu unterstellen.
3. Dem Patienten wird als Grundlage seiner Motivation und Voraussetzung

für den Beginn des therapeutischen Prozesses die Anerkennung einer bestimmten ätiologischen Vorstellung, nämlich der Psychogenese, abgefordert. Demgegenüber hat *Karin Schibalski-Ammon* (1978) in der sogenannten fehlenden Motivation organisch Kranker ein charakteristisches Strukturdefizit gesehen, das eines besonderen therapeutischen Vorgehens bedarf.

Im Unterschied zum Vorgehen *Heigls*, der eine halbwegs gelungene Überzeugungsarbeit am Patienten als Voraussetzung eines therapeutischen Arbeitsbündnisses begreift, möchte ich an einem kurzen Fallbeispiel zeigen, wie sich dieses therapeutische Arbeitsbündnis in einem direkten Ich-strukturellen Arbeiten herstellen läßt, in dem primär auf die körperlichen Beschwerden des Patienten eingegangen wird.

Nach einer Lumbalpunktion bekam eine Patientin schwere Kopfschmerzen. Entgegen der Prognose der behandelnden Ärzte, die Beschwerden würden bald abklingen, wurden sie von Tag zu Tag schlimmer: die Patientin lag steif im Bett, konnte vor rasenden Kopfschmerzen nicht mehr den Kopf heben, nachts tat sie kein Auge zu. Körperliche Untersuchungen erbrachten wenig, sie wurde für hysterisch erklärt und mit leichteren Psychopharmaka behandelt. Als ihr Zustand immer bedrohlicher wurde, wurde die Patientin mir zur Weiterbehandlung übergeben. Ich ließ mir genau ihre körperlichen Schmerzen schildern, und vermied es strikt, sie auf psychische Hintergründe und Gefühle anzusprechen. Ihren hektischen konfusen Redefluß unterbrach ich wiederholt und forderte eine korrekte Beschreibung. Zum Schluß drückte ich ihr gegenüber aus, wie sehr sie unter ihren furchtbaren Schmerzen leiden müsse und daß sie das einfach nicht mehr länger aushalten könne. Ich sagte ihr, daß ich mit einer hohen Dosis eines stark dämpfenden und narkotisierenden Medikaments den Teufelskreis der körperlichen Beschwerden durchbrechen müsse, damit sie endlich wieder Ruhe bekomme.

Sie meinte daraufhin, ich sei endlich jemand, der ihr glaubte und die Schmerzen, die doch eine körperliche Ursache haben müßten, ernst nähme.

Vor der vorgeschlagenen medikamentösen Therapie fürchtete sie sich sehr. Erst als ich noch einmal entschieden die Notwendigkeit der Maßnahme betonte, willigte sie zögernd ein. Bald nachdem eine Schwester ihr das Medikament gespritzt hatte, geriet die Patientin in einen panischen Angstzustand und rannte auf den Flur, um mich zu suchen. Ihre Schmerzen waren völlig verschwunden, sie konnte sich wieder bewegen. Stattdessen hatte sie eine furchtbare Angst, die Spritze könne sie um den Verstand bringen. Ich konnte jetzt direkt in ihre Todesangst einsteigen und nach kurzer Zeit ein ruhiges und offenes Gespräch mit ihr führen, das dann die Grundlage für ein therapeutisches Bündnis bildete.

Immer verweisen somatisch Kranke zuerst entschieden auf ihren Körper. Oft kann man auch ein Bündnis schließen, wenn man dem Patienten dazu verhilft, sich einen gesunden körperlichen Ausdruck zu verschaffen: in der Frisur, der Kleidung, der Ernährung oder in sportlicher Betätigung.

Eine Folge der für die orthodoxe Psychoanalyse kennzeichnenden Haltung sind die Einrichtung psychosomatischer Abteilungen in den Kliniken, an die im Sinne einer Spezialisierung der psychosomatisch Kranke – und das heißt in praxi derjenige, bei dem keine objektivierbaren körperlichen Symptome gefunden wurden – delegiert wird. Dort wird dann die psychosomatische Erkrankung als ein besonderes, psychisch bedingtes körperliches Geschehen begriffen, das nach neurosen-psychologischen, symptomorientierten Gesichtspunkten behandelt wird.

Der Medizin droht damit eine ähnlich verhängnisvolle Spaltung, wie sie in der Psychiatrie in der Trennung und unterschiedlichen Behandlung vom sogenannten neurotisch Kranken und sogenannten Geisteskranken unter Duldung und Mitwirkung der Vertreter der orthodoxen Psychoanalyse immer noch versucht wird zu zementieren.

Genauso wie die orthodoxe Psychiatrie ist meines Erachtens aber die orthodoxe naturwissenschaftliche Medizin in einer Sackgasse, allerdings in einer blitzblanken, mit imposantem Raffinement und ausgeklügelten Apparaturen ausgestattet, bis in die letzten Ecken sterilisierten Sackgasse, durch deren Drehtüren viele Patienten aus- und wieder eintreten, um dort einem „Terror der Befunde" (*Ammon*, 1979 b) unterworfen zu werden.

Es wäre allerdings eine Änderung der Klinikstrukturen und besonders der Ausbildung des ärztlichen und pflegerischen Personals notwendig, um die Voraussetzungen zu schaffen, daß die Bedeutung der Ich-strukturellen Dynamik und der Identitätsfrage bei allem körperlichen Krankheitsgeschehen wahrgenommen und den Kranken eine Therapie angeboten wird, die ihre somatischen, psychischen und sozialen Bedürfnisse ernst nimmt.

The Primary Ego-Functions – the Basis of Psychosomatic Structure Organization

Gerd Röhling (Berlin)

Belonging to the primary ego-functions resp. the primary ego-structure I should like to mention the entire organic matrix, which includes the somatic structure as well as energetic potentials.

These are up to congenital energetic circumstances which have some definite development – not necessarilly although, since the physical stuff consists of an extraordinary plasticity. This plasticity in scientific-biogenetic categories is revealed by the full scope, existent between "prospective power", i.e. all developments of cell-units, and "prospective significance", i.e. normally realized development.

The psychogical way of considering the facts has to start at this broad and – while developing – restricted scope between prospective power and significance. Here we find interpersonal influences, starting during pregnancy with

a psychosomatic interaction of mother and child. The developmental process of primary ego-functions appears as a groupdynamically determined structural event.

Psychodynamic energies were spread out in the dynamic energy of communications, where on the intrauterine level, the psycho-physical narcissistic allocation later by mother and primary group is causing the growth of organic structure and energetic pattern. The psychosomatic research as well illustrate the possible psychosomatic influence to the organic stuff as cut the ground form the drive theory.

Ammon is understanding identity "genetically and dynamically as an basic interpersonal and groupdynamic event, fulfilling itself along the boundaries of ego and group". "Along these boundaries we will find the fulfilment of developed psychic structures altogether. Every experience obtained within the biographically important groups will have its result in a facet of the total ego-structure." (*Ammon*, 1978). This development, taking place along the ego- and group-boundaries, for my opinion is being reflected – especially during the period of particular plasticity of organic substance – in a structure formation along the boundaries of psyche and body, i.e. by forming the primary ego-functions.

The central ego-functions, such as ego-identity, anxiety, independence, ego-demarcation, aggression and sexuality are formed in a close connection with the organization of primary ego-structure. All of them are having – for my opinion – a close, mutual structural and functional connection.

The primary ego-functions are representing the earliest psychosomatic categories of ego-formation, which – as well as in relation to the somatic organization as in relation to the energetic potential – are supplying the central ego-functions. Instead of a drive potential we have now the presentation of specific ego-energies, which were formed along the boundaries of psyche and body during the early biographical interaction, as a result of energy supply by emotional donation of the mother and primary group. They are bound to certain primary ego-functions. It is the potential and energy supply for the central ego-functions.

Within the ego-structure-concept the primary ego-functions are pointing out the field of somatic organization, or else the borderline-field between psyche und soma. Herewith, in my opinion, they are occupying metapsychologically the place which formerly in the orthodoxe structure model "the instinct opened to somatics" (*Freud*, 1915 b) had.

By this new concept of the borderline-field between psyche and soma a deciding turn is taking place. The instinctual conception is bound to an in a way chaotic and sensual emotionality, that is having its roots in a biological substance – and only there – which is not being explained any further. Herewith the direction of differentiation is stimulated by the (as pretended understood) soma to psyche – in the sense of a dissomatisation (*Schur*, 1950). On the contrary the concept of primary ego-functions implicits from the very

beginning the structuring of soma itself into an early groupdynamic coherence. Along the borderline of soma and psyche the physic in its biological plasticity and psychic influences, which are a stimulus to develop body-functions, are connected within a structural process.

Also biological energy – tied up to physiological processes in the alive substance – finds quality, direction and structuring only in a connection of interaction with the emotional energy of surroundings. The mystifying conception of instinct staved a reservoir, which one could rely on as simple as to the endogenity, as soon as the unterstanding and the psychogenetic derivation meets difficulties.

The orthodoxe psychosomatic theories have been critically engraved by the instinct as the "most important and blackest component of psychological research" (*Freud*, 1920). They are basing on the impression of a psychic controversy between instinct and surrounding world, which is changing the shapeby a "mysterious jump" and all the same is materializing itself on physical stage, because the psychical impression based upon has to be thrust aside.

The psychosomatic concepts of *Uexküll, Mitscherlich, Rangell, Cremerius, Pakesch, Luban-Plozza* and several others are basing on this *Freud*ian concept of conversion-hysteria, e.g. "neutralizing an incompatible impression by transposing the sum of excitement into concreteness" (*Freud*, 1894).

I dont't intend to create the impression, as if the ego-structure model in detail would be theoretically satisfying explaining the complicated genesis conditions. But I do think, that this model by overcoming the instinctual concept and replacing it by the concept of primary ego-functions would create a widened theoretical framework, which would open up new ways of thinking and at the same helps to escape from the dilemma of rigid alternatives in somato- and psychogenesis. This model could impossibly clear up all questions, rather opening doores, setting up new and until now reserved questions. It's questioning the division of somatic – understood as somatogenic – and psychosomatic – understood as psychogenic – illnesses by referring the concept and disturbance of physical processes to the group dynamic determined concept and disturbance of ego-structures and ego-identity, where as the incident is reflecting itself along the boundary of ego and group, structural concept of primary ego-functions and of soma and psyche.

Somatic disturbances always are buried in an ego-structural coherence. I would like to understand physical illness on a gliding spectrum. On one side the congenital illnesses and birth damages as structure deficits would have to take places, as it where "holes in the physical ego", which are the starting point for central damages of ego-function, finally identity damages (see *Husemann*, 1979). On the other side of spectrum the psychosomatic illnesses would have to take place, which resulted in a groupdynamic carried-out context, based upon early ego-deficits as an expression of interpersonal deficits (*Ammon*, 1974).

Literatur

Ammon, G. (1974): Psychoanalyse und Psychosomatik (München: Piper)
– (1978): Das Verständnis eines Entwicklungsdefizites von Ich-Strukturen in Persönlichkeit und umgebender Gruppe als Grundlage für Wissenschaft und Praxis einer Dynamischen Psychiatrie. In: Dyn. Psychiat (11) 120–140
– (1979a): Entwurf eines Dynamisch-Psychiatrischen Ich-Struktur-Konzepts – Zur Integration von funktional struktureller Ich-Psychologie, analytischer Gruppendynamik und Narzißmus-Theorie. In: *G. Ammon* (Hrsg. 1979): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie Bd. I (München, Basel: Ernst Reinhardt)
– (1979b): Das ich-strukturelle und gruppendynamische Prinzip bei Depression und psychosomatischer Erkrankung. In: Dyn. Psychiat. (12) 445–471
Ammon G. und *K. Schibalski-Ammon* (1977) Die Beziehung zwischen Frühgeburt und psychosomatischer Erkrankung in: Dyn. Psychiat. (5) 346–359
Bruch, H. (1971):Obesity and Orality. In: Dyn. Psychiat. (4) 241–257
Cremerius, J. (1957):Freuds Konzept über die Entstehung psychogener Körpersymptome. In: Psyche, XI, 125–139
El-Safti, M. S. (1973):Die Konzeption des Körper-Ichs unter besonderer Berücksichtigung der Beiträge von *Paul Schilder*. In: Dyn. Psychiat. (6) 57–64
Freud, S. (1894):Die Abwehr-Neuropsychose. Ges. W. Bd. I, (London: Imago)
– (1905): Drei Abhandlungen zurSexualtheorie. Ges. W. Bd. X (London: Imago)
– (1915a): Das Unbewußte. Ges. W. Bd. XI (London: Imago)
– (1915b): Triebe und Triebschicksale Ges. W. Bd. X (London: Imago)
– (1920): Jenseits des Lustprinzips. Ges. W., Bd. X (London: Imago)
Graber, G. H. (1945): Einheit und Zwiespalt der Seele. Vor- und nachgeburtliche Entwicklung des Seelenlebens. In: *G. H. Graber*, Gesammelte Schriften, I. Band (Berlin: Pinel-Publikationen 1978)
– (1971): Die duale Erlebniseinheit in der analytischen Situation. In: Dyn. Psychiat. (4) 202–213
Hagedorn, E., K. Meßner, H. H. Studt und *H. G. Arnds* (1971): Zur Symptomverteilung bei psychosomatisch Kranken. Orientierende Untersuchungen. In: Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse (1971) 144–160
Heigl, F. (1978): Behandlung von Neurosen: Prognose und Indikation in: Monatskurse für die ärztliche Fortbildung, 28, 138–142
Husemann, K. (1979): EinBeitrag zur psychotherapeutischen Behandlung von Patienten mit einer pränatalen entstandenen Körper-Ich-Schädigung. In: Dyn. Psychiat. (12) 242–259
Pakesch, E. und *W. Pieringer* (1976): Konversionsneurosen. In: Ärztliche Praxis, Ausgabe vom 21. 2. 1976
Plessner, H. (1961): Conditio humana. In: *G. Mann, A. Heuss* (Hrsg.): Propyläen Weltgeschichte Bd. I: Vorgeschichte. Frühe Hochkulturen, (Berlin, Frankfurt, Wien: Propyläen)
Ramzy, I. und *R. S. Wallerstein* (1958): Pain, Fear und Anxiety. In: Psychoanal. Study of the Child, XII, 147–189
Rangell, L. (1969): Die Konversion. In: Psyche XXIII, 121–147
Rottmann, G. (1974): Untersuchungen über Einstellungen zur Schwangerschaft und zur fötalen Entwicklung. In: *Graber, G. H.* (Hrsg.): Die Erforschung vorgeburtlicher Wahrnehmung und Empfindungen. Pränatale Psychologie. (München: Kindler)
Schibalski-Ammon, K. (1978): Abgrenzung des spezifischen Ich-Defizits psychosomatisch Kranker im Rahmen der Krankheitslehre der Dynamischen Psychiatrie *Günter Ammons*. In: Dyn. Psychiat. (11) 575–588
Schilder, P. (1924): Das Körperschema. Ein Beitrag zur Lehre vom Bewußtsein des eigenen Körpers (Berlin: Springer)
Schur, M. (1950): Basic Problems of Psychosomatic Medicin. In: *H. Herman, G. M. Kurth* (Ed.): Elements of Psychoanalysis (New York: World Publ.)

Adresse des Autors:
Dr. med. Gerd Röhling
Johann-Sigismund-Straße 16
1000 Berlin 31

Die wissenschaftliche Begründung des Begriffes der „endogenen Depression" in der Schulpsychiatrie und deren Forschungsmethodik**

Burkhard Gülsdorff*

Der Autor untersucht anhand der Literaturbearbeitung im Bereich der biologischen Psychiatrie zum Thema der „endogenen Depression", inwieweit die rein biologisch erhobenen Daten die Schulpsychiatrie berechtigen, einen fast ausschließlich organischen Ansatz der Behandlung abzuleiten. Die Untersuchung zeigt deutlich, daß mit der „endogenen Depression" verschiedene, nicht eindeutig bewertbare Veränderungen im Neurotransmitterstoffwechsel feststellbar sind. Es kann zum heutigen Zeitpunkt jedoch keine Aussage darüber getroffen werden, ob Störungen im Bereich des Neurotransmitterstoffwechsels als ursächlich für die Entstehung der Depression angesehen werden können. Der Autor stellt nicht spezielle, biochemische Befunde in Frage, sondern kritisiert die Dominanz des somatischen Behandlungsansatzes der Schulpsychiatrie, die ein patientengerechtes Behandlungskonzept vermissen läßt. An den Erörterungen des Autors wird deutlich, daß eine Interdisziplinarität in den psychiatrischen Wissenschaften einer Einseitigkeit von Forschungsmethodik, Behandlungsmethodik und Theorie vorbeugen kann. Zum anderen muß der Anspruch revidiert werden, menschliche Krankheit endgültig zu erklären; d. h. die Dichotomie von krank und gesund ist aufzugeben, menschliche Entwicklung ist als Prozeß zu begreifen, wo im Sinne der Spektraltheorie (Ammon) konstruktive wie defizitär-destruktive Prozesse immer vorhanden sein werden. Die lebenslange Entwicklungsfähigkeit und damit Kreativität eines Menschen beinhaltet auch die lebenslange Gefährdung für somatische und psychische Erkrankung.

In dem vorliegenden Referat werde ich anhand des Begriffes der „endogenen Depression" die derzeitige Problematik einer biologischen Erforschung dieses Krankheitsbildes in bezug auf die wissenschaftliche Begründung der Begrifflichkeit und die praxisrelevante, therapeutisch determinierende Forschungsmethodik aufzeigen.

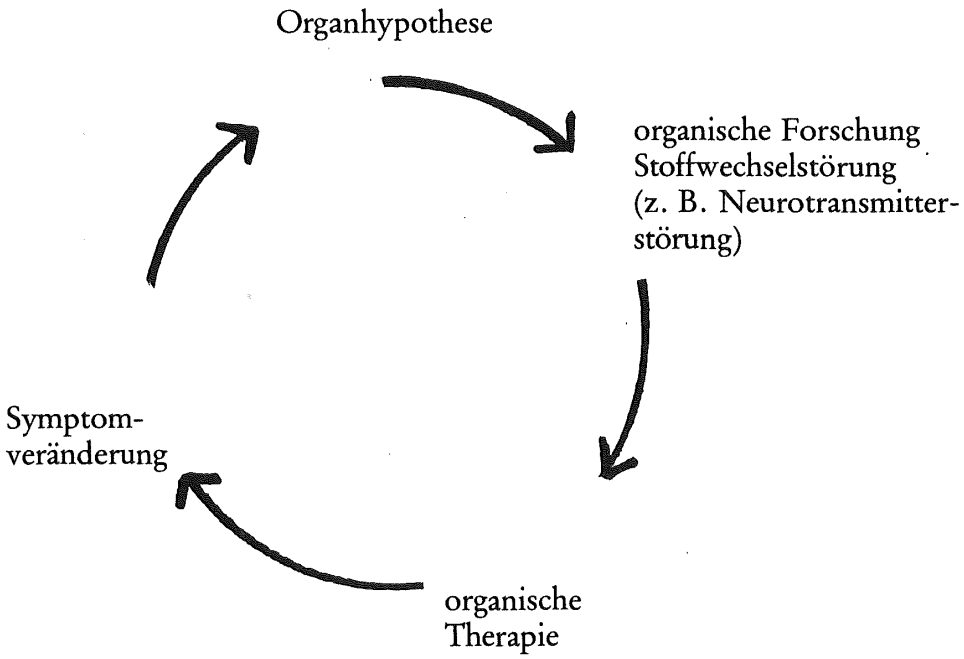
De facto versucht die Schulpsychiatrie den sog. „unerforschten Raum zwischen Soma und Psyche", das Endogene seit mehr als 20 Jahren durch eine Expansion des biologischen Forschungsansatzes zu erklären. Bei der Untersuchung fiel auf, daß quantitativ die Grundlagenforschung auf Stoffwechselvorgänge eingeengt ist und als Schluß daraus die organische Behandlung bevorzugt wird.

Die Methodik der biologischen Forschung und ihre Auswirkung auf die Therapie kann als ein Regelkreis beschrieben werden.

* Burkhard Gülsdorff, Arzt, Psychoanalytiker, Mitarbeiter am Berliner Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP)

** Vortrag gehalten auf dem X. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse, 8.–12. Okt. 1978, Kongreßhalle Berlin

Ursache der „endogenen Depression“:



Der Ansatz der Methodenkritik liegt nicht in der biologieimmanenten Betrachtung, sondern in der Beurteilung dessen, wie die Schulpsychiatrie mit den somatischen Einzelbefunden umgeht und welche Schlüsse sie daraus zieht. Sie vollzieht eine Art „Organifizierung“ des Menschen, sie spaltet die Gesamtpersönlichkeit in ihrer psychischen, d. h. gruppendynamischen Entstehung und ihren sozialen Bezügen von ihrer Körperlichkeit ab und beläßt den Menschen in seiner Rolle als Symptomträger einer unverstandenen Krankheit.

Die Untersuchung erfolgte anhand psychiatrischer Lehrbücher seit *Heimroth* und legte in bezug auf die biochemische Diskussion ein repräsentatives Spektrum von Veröffentlichungen bis zum Januar 1978 zugrunde.

Den Begriff der „endogenen Depression“ finden wir im Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten unter der ICD-Nummer 296.2 als affektive Psychose im Rahmen einer manisch-depressiven Psychose eingeordnet.

Die Zuordnung und Abgrenzung gegenüber anderen Krankheiten beruht auf symptomatologischen Differenzierungen des Krankheitsbildes. Das Studium der Literatur nach der Begrifflichkeit der „endogenen Depression“ war geprägt von wiederkehrenden Aussagen der verschiedensten Autoren, die „endogene Depression“ in einem nicht erforschten Raum zwischen definierter organischer und psychischer Krankheitsentstehung anzusiedeln. Ich zitiere dazu *Tellenbach* (1976): „Neben Soma und Psyche wird ein ‚Endon‘ als

‚drittes Ursachenfeld' in Anspruch genommen." Und weiter: „Die Psychiatrie hat die eigentümliche Spezifität dieser Psychosen gesehen und glücklich mit dem Begriff des Endogenen belegt, aber sie hat bisher nicht ausgemacht, was sie damit begriffen haben möchte." Obwohl *Tellenbach* in seiner Abhandlung über die Melancholie (1976) um ein ganzheitliches Verständnis dieses Krankheitsbildes bemüht ist, unter Einbezug der philosophischen Standortbestimmung nach *Heidegger*, der Einflüsse der „Rhythmizität des Lebens" auf die Endogenität, ihre Bindung an Reifungsstufen, bleibt einschließlich der Ergebnisse der genetischen wie auch biochemischen Forschung die Kausalität in der Ätiologie und Definition unerhellt. Demgegenüber steht die quantitativ und qualitativ ausgefeilte Beschreibung der Symptomatologie, bei deren Betrachtung ich mich auf die zeitgenössischen Autoren und ihre Ergebnisse beschränken möchte. *Huber* (1974) nimmt als die Leitsymptome des depressiven Syndroms bei den Zyklothymien die depressive Verstimmung, Denkhemmung, die psychomotorische Hemmung, die abnormen Leibgefühle (sogenannte Vitalstörungen), die depressiven Wahneinfälle und die körperlichen Symptome (vegetative Störungen) an. Zur Klinik der Leitsymptomatik beschreibt er alle Übergänge im Ausprägungsgrad von z. B. leichter Gedrücktheit bis zu schwerer, Insuffizienzgefühlen verbundener Traurigkeit, von der leichten Denkhemmung bis hin zur fast vollständigen Einengung des Denkens, von der Verlangsamung der Bewegungsabläufe bis hin zum depressiven Stupor.

Als diagnostisches Kriterium kann ein Einzel-Leitsymptom jedoch nicht herangezogen werden, sondern die Gesamtheit der Leitsymptome, verbunden mit Phänomenen wie z. B. der Tagesschwankungen (Morgentief), ergibt die syndromale Einordnung.

Eine besondere Beachtung findet die Untergruppierung der Depression durch das Hervortreten einzelner Leitsymptome wie z. B. der Vitalstörung mit dem Bild der sogenannten „larvierten Depression", der „depressio sine depressione" und der „coanaesthetischen Depression". Die fließenden Übergänge der Symptomatik finden sich besonders deutlich bei den depressiven Wahngedanken von allgemeinen Schuldgefühlen bis hin zu den wahnähnlichen Bewußtseinsinhalten. *Weitbrecht* grenzt hierbei den primären vom sekundären Schuldwahn ab. Andere Autoren fügten – zusammenfassend gesagt – den frühen Beschreibungen von *Heimroth*, *Griesinger* und *Kraepelin* dem Erscheinungsbild der „endogenen Depression", damals noch Melancholie genannt, spezielle Begriffe wie „Nicht traurig sein können" (*Schulte* 1965), „vitale Traurigkeit" (*Kurt Schneider* 1967) hinzu oder auch Spezifikationen der von *E. Bleuler* vorgenommenen symptomatologischen Einteilung in Grundsymptome und akzessorische Symptome. *Haase* (1976) erweitert die Begrifflichkeit durch die Abgrenzung der „normalen traurigen Verstimmung", von der „behandlungsbedürftigen, verständlichen Depression gleich exomorpher Depression" und der „behandlungsbedürftigen, nicht verständlichen Depression, der depressiven Psychose oder auch endomorphen De-

pression genannt". *Haase* wählte diese Begrifflichkeit, „weil viele endomorphe Depressionen durch äußere Situationen ausgelöst werden". Aber *Haase* widerspricht sich in seinem Ansatz, den präjudizierenden Begriff der Endogenität zu verlassen, wenn er auf der einen Seite schreibt, „mit der früheren Kennzeichnung ‚endogen' werden Assoziationen ausgelöst, wie ausschließlich vererbt, nicht von außen ausgelöst u. a. Damit besteht die Gefahr einer persönlichkeitsfernen Psychiatrie" – und auf der anderen Seite ausführt: „Die endomorphdepressive Erkrankung ist weder der Umgebung noch den Betroffenen selbst verständlich. Sie entzieht sich auch dem psychotherapeutisch verständlichen Gespräch. Der Akzent der Behandlung liegt daher auf den körperlichen Behandlungsverfahren, . . ."

So wird letztlich dem zur Zeit klinisch und ausbildungsmäßig relevanten Verständnis der „endogenen Depression" Rechnung getragen, ein ätiologisch in der Schulpsychiatrie ungesichertes Krankheitsbild an die somatische Betrachtungsweise in Theorie und Praxis zu fixieren, und zwar aufgrund des Symptomverhaltens des Patienten.

Dies wird in ähnlicher Weise von *Redlich* und *Friedmann* (1976) diskutiert. „Sie (die reaktiven Depressionen, Anm. d. Verf.) stehen im Gegensatz zu den „endogenen Depressionen", eine Bezeichnung, die sich auf innere Vorgänge bezieht, die die Krankheit hervorrufen. In Wahrheit reflektiert ist nur unsere Unkenntnis psychologischer Variablen." Ähnlich verschwommen und in ihrer Aussage willkürlich, wie bei der Untersuchung der Begrifflichkeit und Definition der „endogenen Depression" gestaltet sich die damit verbundene Frage nach der Ätiologie. Zweifelsohne hat die biologische Forschung eine Fülle von Daten erbracht, die sozusagen in Ausschlußverfahren immer höher gelegene Stoffwechselvorgänge zum Gegenstand der Untersuchung machen, aber für die praktizierte Psychiatrie ein einseitig organmedizinisch ausgerichtetes Verständnis der Krankheit erbringen. Wenn wir *Weitbrecht* (1978) folgen, „Ursächlich für die Depression angeschuldigt wird ein Katecholaminmangel an den spezifischen Rezeptoren des ZNS, wobei die speziellen Fragen nach der Störungsstufe und vollends nach der Topik noch offen gelassen werden müssen", wird der spekulative Ansatz der Annahme deutlich. Die Frage des „Ursächlichen" oder der Folgeerscheinungen als eine Grundsatzfrage des methodischen Ansatzes der biologischen Forschung läßt sich an einem einfachen Beispiel verdeutlichen. In seiner Arbeit „Psychophysiology of Depression" beschreibt *Lader* anhand der Untersuchung des Speichelflusses, des Blutflusses (fore-arm blood flow) in den Unterarmen des depressiven Patienten im Vergleich zu einer gesunden Kontrollgruppe und einer Kontrollgruppe von agitierten Patienten, daß es für beide Parameter signifikante Unterschiede zwischen den depressiven Patienten gegenüber den Kontrollgruppen gab. *Lader* ging natürlich nicht so weit, die beschriebenen Meßgrößen als ursächlich für die Krankheitsentstehung zu werten. Jedoch läßt sich hieran diskutieren, daß Veränderungen bei Stoffwechsel-Regulationsgrößen im akuten Krankheitszustand gemessen werden, – und so weit

können wir in der biologischen Forschung folgen – die Zuordnung jedoch, ob es sich um ein auslösendes Substrat oder ein reagierendes Substrat handelt, bleibt der objektivierten Meßbarkeit verschlossen. Legt man diesen Maßstab an die Neurotransmitterforschung z. B. an, so müssen wir feststellen, daß die Aussage des Vorliegens einer veränderten biochemischen Regelgröße zu treffen ist, in einer zentralen Region lokalisiert, die kausale Veränderung dieser Regelgröße bleibt aber unerforscht. Selbst wenn auf der Ebene der biochemischen Substrate ein inversives Verhalten zwischen „schizophrenen" und „depressiven" Patienten in bezug auf den Tryptophan-Dopa- und Methionin-Stoffwechsel beschrieben wird, und diese Hypothese an der Verminderung/Erhöhung der Substanzen in bestimmten Gehirnbereichen bei durch Suizid verstorbenen depressiven Menschen diskutiert wurde (*Shaw* 1967, *Bourne* 1968), so kann zum heutigen Zeitpunkt keine Aussage über den Stellenwert im Gesamtgeschehen der schweren depressiven Erkrankungen gemacht werden. Es sei nochmals darauf hingewiesen, daß sämtliche Untersuchungen im Zustand der akuten Krankheitsphase erhoben worden sind, in der wir z. B. auch klinisch einen Mangel, nämlich die Hemmung der psychischen und somatischen Funktionen finden. Hier wäre die Frage zu stellen, inwieweit die Depression als psychisches Geschehen und Erleben Stoffwechselvorgänge induziert oder hemmt.

Es erübrigt sich, in diesem Rahmen sämtliche Hypothesen biologischer Forschung im Bereich der endogenen Depression aufzuzeigen. Die Kritik an der Methodik ist eine grundsätzliche; die Notwendigkeit der Grundlagenforschung und ihre realen, nachprüfbaren Ergebnisse bleiben unbestritten. Wir können aber nicht umhin, aufzuzeigen, daß es sich um Ergebnisse handelt, die weit davon entfernt sind, ätiologische Klarheiten zu schaffen, sondern sie forcieren das einseitig biologistische Bild der Schulpsychiatrie unter Vernachlässigung psychophysiologischer Zusammenhänge. Anhand anderer Stoffwechselgrößen, z. B. des Adrenalins, ist der deutliche Zusammenhang zwischen psychischem Geschehen und somatischer Antwort nachgewiesen worden, wobei die psychophysiologische Ausgangslage des Patienten einen wichtigen Faktor darstellt. Um das Verständnis der Stoffwechselvorgänge abzurunden, fehlen die Ergebnisse über den Stoffwechsel der sogenannten „prämorbiden" Persönlichkeit, wobei wir hier wiederum mit der Problematik in der Begrifflichkeit und Diagnostik konfrontiert werden. Denn bei der ‚endogenen Depression' bleibt nach wie vor offen, jedenfalls im Sinne der Schulpsychiatrie, ob es sich zwischen den Phasen und vor Ausbruch der Erkrankung bereits um einen vorerkrankten Menschen handelt, in einem Zustand ohne deutlich diagnostizierbare Symptomatik.

Vor dem oben beschriebenen Hintergrund bleibt es umso unverständlicher, daß selbst immanent im Rahmen der somatischen Psychiatrie nach wie vor ein verschwommenes wissenschaftstheoretisches Verständnis Grundlage für eine einschneidende therapeutische Praxis darstellt. Dazu *Kielholz* und *Adams* (1978): „Die endogenen Depressionen beruhen auf hereditären Fak-

toren, wie sie sich in angeborenen Stoffwechselstörungen äußern, im einzelnen aber noch nicht bekannt sind . . . Die endogenen und die psychogenen Depressionen sind differentialdiagnostisch verhältnismäßig leicht voneinander abzugrenzen, wenn es sich um Patienten mit typischen Merkmalen handelt. Bei der Beurteilung eines depressiven Zustandes ist im übrigen nie außer Acht zu lassen, daß Übergangsformen in allen Schattierungen vorkommen, also Formen mit einer multifaktoriellen Genese, was bei der Behandlung entsprechend zu berücksichtigen ist." Die eindeutige Aussage, daß die endogenen Depressionen oft auf hereditären Faktoren beruhen, wird zwar im weiteren Zitat wieder relativiert, doch scheint sie die Autoren nicht von ihrer festen Überzeugung der Somatogenese abzubringen, wobei die Betonung auf dem Wort ‚Überzeugung' liegt. Betrachten wir nun in einem kurzen Exkurs den Diskussionsstand zur Ätiologie der Schizophrenie, einem ähnlichen Problem, wobei für den Beweis der Heredität aus organmedizinischer Sicht die Zwillingsforschung dienen soll.

Nachdem durch Zwillingsforschung von *Kallmann* u. a., die Ein-Gen = Ein-Enzym-Vorstellung der Vererblichkeit endogener Psychosen verlassen werden mußte, geht durch die Diskussion der Diskordanz bei eineiigen Zwillingen (*Tienarin* 1966, *Gottesmann* und *Shields* 1973, *Ammon* 1977) das spekulative Denken dahin, die Heredität in den extra-chromosomalen Bereich zu verlagern. Dazu *Kanig* (1971 und 1975): „Wenn bei Psychosen die Mitochondrien als Bestandteil eines chromosomalen Regelkreises verändert sein sollten, dieser Regelkreis aber erst unter bestimmten Bedingungen dekompensiert, ließen sich viele Phänomene wie die oft fehlende Konkordanz bei eineiigen Zwillingen, das spontane Auftreten einer Psychose in einer erblich bisher unbelasteten Familie, der Einfluß von Zeit und Umweltfaktoren, die Periodizität im Krankheitsverlauf und die Variationen der Ausdrucksformen besser verstehen." Ein dergestaltetes spekulatives Denken mag für den biochemischen und organmedizinischen Forscher ein kreativer Denkansatz sein, es wird aber höchst bedenklich, wenn es den Rahmen der biologischen Methodik sprengt und damit das gesamte Feld einer psychiatrischen Behandlungswissenschaft dominiert wird.

Das Denken in der Kategorie – ein Enzym, ein Substrat – finden wir ähnlich in epidemiologischen Veröffentlichungen der Sozialpsychiatrie über die Korrelation von schizophren erkrankten Kindern mit Adoptiveltern. Die Beobachtung, daß Erkrankte häufiger von schizophrenen biologischen Eltern abstammen, wird darum als Hinweis für hereditäre Faktoren angenommen, so von *Cooper* und *Morgan* (1977). Es drängt sich geradezu die Frage auf, bei solchen Ergebnissen, welches Alter Kinder bei ihrer Adoption gehabt haben, was ihre Lebenssituation vor der Adoption gewesen ist, wie die Psycho-, Gruppendynamik der Eltern aussieht, wie ihr soziales Umfeld aussieht etc., d. h. eine Fülle allgemein üblicher Parameter in der Untersuchung werden vernachlässigt, und ein einziges Ergebnis zur Verifizierung der Hypothese wird herangezogen.

Würden wir nervenärztliches Denken quantitativ an den Veröffentlichungen in den verbreiteten Fachzeitschriften dieser Berufsgruppe messen, dann würden wir eindeutig die Prävalenz des biologischen Ansatzes in der Therapie finden, denn unter 63 Veröffentlichungen in den Jahren 1975–1977 fanden wir 59 Artikel über die Pharmakotherapie, Organogenese und Symptomverhalten, 4 Artikel über die psychodynamischen, gruppendynamischen und soziologischen Ursachen in der Krankheitsentstehung wie die Indikation und Methodik psychotherapeutischer Behandlung. Wenngleich eine medikamentöse Therapie im akuten Zustand indiziert sein mag, so bleibt doch die Frage der mittelfristigen und längerfristigen Prognose fragwürdig, was *Angst* (1977) im folgenden belegt. Bei 40 % der untersuchten Patienten (es handelt sich um Depressionen nach dem vierzigsten Lebensjahr) fand er eine Fünf-Jahres-Remission, 25 % zeigten Einjahresphasen und 25 % einen Übergang in ein sogenanntes „organisches Psychosyndrom". 12 bis 13 % verstarben, und es ist ein erschütterndes und alarmierendes Ergebnis: an einem Suizid. In allen Fällen handelte es sich um regelmäßig medikamentös therapierte Patienten. Zur Validität der Remission wäre zu sagen, daß die Nachuntersuchungen telefonisch bei Patienten, Angehörigen und Hausärzten erfolgten. Aus seinen Ergebnissen zieht *Angst* den Schluß: „Endogene Depressionen sind auch heute noch trotz psychopharmakologischer Therapie und ambulanter Nachbehandlung äußerst gefährliche Erkrankungen; besondere Aufmerksamkeit sind der Suizidgefahr in den ersten Monaten nach der Klinikentlassung durch intensive Kontrollen zu schenken; . . ."

Der Begriff der Kontrolle läßt erstaunen, denn die in der Untersuchung verstorbenen Patienten befanden sich in „Kontrolle", so daß wir vermuten können, daß die Kontrolle als wesentliches Moment in der Arzt-Patient-Beziehung einen wesentlichen Bereich ärztlichen und menschlichen Handelns ausläßt. Während vor einigen Jahren noch die undifferenzierte, breite, antidepressive, medikamentöse Therapie vorherrschte, wird es heutzutage als Fortschritt in der Pharmakotherapie gewertet, mit einer gezielten Medikation an „Zielsymptomen" anzusetzen. Diese „Zielsymptome" werden anhand symptomorientierter diagnostischer Testverfahren (*Hamilton, A.*, 1960) qualitativ und quantitativ erfaßt und das für das Symptom indizierte Psychopharmakon ausgewählt. Wo bleibt aber der Mensch hinter diesen „Zielsymptomen"? Besteht er nur aus einem Symptom, das wegtherapiert werden kann? Oder was macht die Frage seiner Erkrankung und die Bedeutung für sein Leben aus? Diese Betrachtungsweise mußten wir leider bei fast allen Autoren vermissen. Vor allen Dingen muß uns beschäftigen: wie wirken die Medikamente langfristig auf den Patienten?

Das Spektrum der medikamentösen antidepressiven Behandlung können wir mit gutem Recht als bekannt, die klinische Wirkung und die Nebenwirkung als geläufig voraussetzen. Richten wir nun unser Augenmerk auf die Langzeitwirkung und Prophylaxe, so finden wir dazu bei *Kielholz* u. Mitarbeitern (1972) eine wesentliche Aussage: „Nach unseren Untersuchungen

können weitere Phasen durch eine vorbeugende Dauermedikation mit den klassischen Antidepressiva nicht verhindert werden. Einzig durch die Dauertherapie mit Lithiumsalzen kann es gelingen, das Auftreten weiterer Phasen zu verhindern, bzw. einen flacheren und verkürzten Verlauf der Phasen zu erzielen."

Diese kritische Aussage zur Langzeitbehandlung konfrontiert uns folgerichtig mit den Auswirkungen und Nebenwirkungen in der Langzeitbehandlung auf die Persönlichkeit des Patienten, die nicht unerheblicher Natur sind. In einer Untersuchung beschrieben *Ascheri, Becker* und *Bockenheimer* (1977) die „Wirkung von Lithium bei gesunden Probanden im Selbstversuch" und fanden als gravierendste psychopathologische Symptome die Antriebsverminderung, die zunehmende Gleichgültigkeit und eingeschränkte Schwingungsfähigkeit. Körperlich imponierten ringförmige Kopfdruckgefühle, leichte Mundtrockenheit und Durstgefühl wie auch Muskelschwäche. Die subjektiven Eindrücke der Versuchspersonen wurden durch nicht informierte Beobachter bestätigt.

Es handelt sich also außer den rein somatischen Nebenwirkungen, wie z. B. auch Herzrhythmusstörungen, bei den tricyklischen Antidepressiva um Vorgänge, die die Gesamtpersönlichkeit schwer beeinträchtigten. Man könnte meinen, daß der Patient dann die endogene Depression gegen ein „organisches Psychosyndrom" austauscht. Dazu *Degkwitz* (1972): „Wenn so die Bilanz zeigt, daß der Preis für die Anwendung von Psycholeptika nicht genau bekannt ist, aber nach allem, was man heutzutage sagen kann, nicht zu hoch ist, so gilt das nur für die somatischen Schäden. . . . Werden wir mit der so reichlichen Verordnung von Psychopharmaka dem menschlichen Anspruch unserer Kranken gerecht? Nur wenn wir uns hierüber Rechenschaft geben, können wir wirklich Bilanz machen." Abschließend sei gesagt, daß sich unsere Kritik nicht gegen die Erkenntnis und Erforschung biologischer Stoffwechselabläufe und die morphologischen Veränderungen bei psychischen Erkrankungen richtet, sondern gegen das biologistische, eingeschränkte Verständnis von Krankheit und Gesundheit. Biologische Grundlagenforschung darf nicht den Anspruch haben, in einer Behandlungswissenschaft wie der Psychiatrie, die sich um die psychischen, sozialen und somatischen Bedingtheiten seelischer Erkrankungen bemühen sollte, die therapeutischen Konsequenzen, die für den Erkrankten einschneidende Folgen haben, zu dominieren, so wie es sich in der heutigen psychiatrischen Realität darstellt. Von Seiten der Ergebnisse der organischen Psychiatrie ist der sogenannte „unerforschte Raum" zwischen „Soma und Psyche" im Dunkeln geblieben, so daß es m. E. an der Zeit ist, daß sich die Schulpsychiatrie um ein umfassenderes und tieferes menschliches Verständnis des mit der Diagnose „endogene Depression" belegten leidenden Menschen bemüht.

The Meaning of Endogeneous Depression in School-Psychiatry and its Methods of Research

Burkhard Gülsdorff (Berlin)

Reviewing psychiatric literature on endogeneous depression, the author points out that the results of biological psychiatry – especially the disturbance of neurotransmitters in endogeneous depression – are contradictory and do not enable anyone at this time and at this point of research to say whether the disturbance in brain-neurotransmitters is responsible for depression. There is evidence that psychiatrists in state-hospitals and in university hospitals as well make a short-cut when they regard depression as a somatic illness caused by false neurotransmitter metabolism.

The author hypothesises that the mechanism could be the other way around as well; he points out that severe depression has an influence on the turn-over of neurotransmitters and of hormons.

School-psychiatry has tried to fill the "unexplored space" between soma and psyche with an extension of biological research for more than 20 years. The thinking model of school psychiatry is a closed system like this: basing on the somatic hypothesis in the development of depression, there is a widespread somatic and biological field of research. In consequence of the finding of a disturbance in brain-neurotransmitters, for example, the application of drugs is the first choice therapy. The effects of antidepressant drugs are taken to support the somatic hypothesis of the endogeneous depression. We can say that this way of thinking is a scientific one-way road. The author does not criticize special results of biological psychiatry, but he questions the predominant somatic approach towards the whole human personality. He postulates that, if psychiatric research is taken to be serious, it is necessary to deal with both the groupdynamic, psychodynamic and social basis in the development of depression and its somatic parameters.

Studying the literature, he did not find any clear definition of the "endogeneous depression". Biological psychiatry itself points out that by drug therapy alone less than 40 % of the patients show positive results.

The author draws the conclusion that biological research can only be one aspect of psychiatry. The "unknown space" between soma and psyche is still undiscovered by means of biological psychiatry.

Literatur

Ammon, G. (1978): Das ich-strukturelle und gruppendynamische Prinzip bei Depression und psychosomatischer Erkrankung. Vortrag gehalten auf dem X. Int. Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse, 8.–12. Okt. 1978, Kongreßhalle Berlin, veröffentlicht in: Dyn. Psychiat. (12) 445–471 (1979)

Angst, J., Frey, R. (1977); in: Der Nervenarzt, 48. Jahrgang 11

Asheri, H., Becker, W., Bockenheimer, S. (1977); in: Der Nervenarzt, 48. Jahrgang, 11
Bourne, H. R., et al. (1968); in: Lancet II
Cooper, B., Morgan, H. G. (1977); in: Fortschritte der Sozialpsychiatrie 3
Degkwitz, R. (1972); in: Perspektiven der heutigen Psychiatrie, Hrsg. *E. Ehrhard* (Gerhards: Frankfurt)
Gottesman, I., Shields J. (1972): Schizophrenia and Genetics: A twin study. Vantage Point. Academic Press, N. Y.
Haase, H. J. (1976); in: „Depression" (Schattauer: Stuttgart, New York)
Hamilton, A. (1960); in: J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry 23,56–62
Huber, G. (1976); in: „Psychiatrie" (Schattauer: Stuttgart)
Kanig, K. (1975); in: „Entwicklungstendenzen biologischer Psychiatrie" Hrsg. *H. Helmchen* und *H. Hippius*
Kielholz, P., und *Adams, C.* (1978); in: Deutsches Ärzteblatt, 9, 493–497
Redlich, F. C., Freedman, D. X. (1976); in: Theorie und Praxis der Psychiatrie, Bd. 2 Suhrkamp
Shaw, D. M., et al. (1967); in: Brit. J. Psychiat.
Schneider, K. (1967): Klinische Psychopathologie 8. erg. Aufl. (Thieme: Stuttgart)
Schulte, W. (1965):Über das Wesen melancholischen Erlebens und der Möglichkeit der Beeinflußung. (Hippokrates: Stuttgart)
Tellenbach, H. (1976): Melancholie 3. Aufl. (Springer: Berlin, Heidelberg, New York)
Tienari, M. T. (1968) in: The Transmission of Schizophrenia, eds. *D. Rosenthal* and *S. S. Kety* (Oxford: Pergamon)
Weitbrecht, H. J. (1972); in: Psychiatrie der Gegenwart, Bd. II, Teil 1 (Springer: Berlin, Heidelberg, New York)

Anschrift des Verfassers:
Burkhard Gülsdorff
Schlüterstr. 52
1000 Berlin 12

Die Entwicklung eines psychosomatischen Symptoms als Ausdruck ich-struktureller Veränderung im psychotherapeutischen Prozeß einer psychotisch depressiven Patientin**

Dieta Biebel*

In der vorliegenden Arbeit setzt sich die Autorin mit dem Auftreten eines psychosomatischen Symptoms – Magenulcera – in einer bestimmten Phase in der Psychotherapie einer psychotisch-depressiv reagierenden Patientin auseinander. Zentraler Diskussionspunkt ist der Zusammenhang von ich-struktureller Veränderung und auftretender Symptomatologie. Anhand der detailliert beschriebenen Fallgeschichte wird von der Autorin ein theoretischer Versuch unternommen, die intrapsychische Regulation primärer, sekundärer und zentraler Ich-Funktionen näher zu untersuchen im Hinblick auf die therapeutische Situation und die damit angebotene Sozialenergie als Agens zur persönlichkeitsstruktureller Veränderung.
Die Ausbildung der vorhandenen zentralen Ich-Struktur wird im Therapieverlauf deutlich als Abbild der kommunikationslosen Familienstruktur. Der therapeutische Prozeß bezieht sich nicht allein auf die Arzt-Patienten-Beziehung, sondern Berufssituation, Ehe und Kliniksituation sind notwendige hilfstherapeutische Situationen, die insgesamt zu einem ich-strukturellen Zuwachs führen, insbesondere zum Aufbau eines Körper-Ichs, zum Aufbau der Ich-Funktion der Abgrenzung nach innen und außen und der konstruktiven Aggression. Der zunächst rudimentäre Aufbau dieser Ich-Funktion führt parallel zum Erleben von Angst und Wut; d. h. Differenzierung des Kontakts ermöglicht eine immer intensivere Kommunikation. In diesem Sinne versteht die Autorin das Auftreten eines psychosomatischen Symptoms als Kommunikationsfortschritt. Die Magenulcera sind ein Abgrenzungsversuch, auf der anderen Seite kann über dieses Symptom sozialenergetische Zufuhr der ganzen umgebenden Gruppe, der Klinikgruppe und der Therapeutin eingefordert werden.
Die hier vorgestellte Fallgeschichte liefert einen interessanten Beitrag dafür, daß die Therapie für den Patienten und nicht der Patient für die Therapie da ist (*Ammon* 1973). Der deutlich sichtbare Therapieerfolg ist zu großen Teilen auf das flexible therapeutische Setting zurückzuführen. Indem Realsituationen und kontrolliertes Agieren als therapeutisch nützlich zugelassen werden, andererseits die Therapeutin bewußt mit ihren Gegenübertragungsgefühlen und eigenen Widerständen arbeitet, kann die Patientin sozialenergetische Zufuhr annehmen, d. h. Zuwendung auf der Basis einer kommunikativen Auseinandersetzung, und nicht im Sinne einer narzißtischen Fütterung, wie in dem vorher beschriebenen antitherapeutischen Klinikmilieu. Für weitere Untersuchungen dieses Zusammenhangs ist allerdings zu fordern, daß über die Kasuistik hinaus therapiebegleitende Messungen vorliegen, um das sozialenergetische Milieu vergleichbar bestimmen zu können.

Die Dynamisch-Psychiatrische Klinik, jede psychoanalytische Klinik, jede psychoanalytische Gruppensituation und auch die Einzelsituation stellen ein ideales Medium dar, psychosomatische Zusammenhänge deutlich werden zu lassen. In dem sich entwickelnden Interaktionsfeld agieren die Menschen die Psychodynamik ihrer Primärgruppensituation, und zwar in immer tieferen Schichten, je weiter der Prozeß voranschreitet und Kontakt und Auseinandersetzung möglich werden.

* Dr. med., Psychoanalytikerin, Mitarbeiterin am Berliner Lehr- und Forschungsinstitut der DAP, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe

** Vortrag gehalten auf dem X. Internationalen Symposium der DAP, 8.–12. Oktober 1978, Kongreßhalle Berlin

Die Beobachtungen aus den klinischen Arbeiten, das konkrete Erleben in der therapeutischen Situation, die testpsychologischen Untersuchungen, Soziogramme und Videotape-Aufzeichnungen führten zu den immer weiter differenzierten Entwicklungen des von *Günter Ammon* auf dem IX. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse 1977 in München vorgetragenen Persönlichkeitsmodells, in dem er drei Arten von Substrukturen des Ichs unterscheidet: die primären, die zentralen und die sekundären Ich-Funktionen (*Ammon* 1978). Durch dieses Ich-Struktur-Modell ist es möglich geworden, die archaischen Krankheitsbilder als Ausdruck verschieden schwerer Ich-Defizite auf einem gleitenden Spektrum anzuordnen und sowohl innerhalb des gleichen Syndroms als auch im Rahmen verschiedener Syndrome die unterschiedlichen Ich-strukturellen Defizite zu vergleichen und in Beziehung zu setzen. Ein ganz wesentlicher Gewinn dieses ich-strukturellen Ansatzes ist es, die im therapeutischen Prozeß auftretenden Strukturveränderungen einerseits darzustellen und andererseits einen Symptomwechsel verstehbar zu machen.

Ich möchte mit meinem Referat einen Beitrag zur Differenzierung der Ich-Struktur vom psychotisch-depressiven und psychosomatisch reagierenden Patienten versuchen. Den theoretischen Hintergrund bildet das Konzept der Berliner Schule. Besonders stütze ich mich auf die Ergebnisse, die *Günter Ammon* in seinem Grundsatzreferat auf dem X. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse im Oktober 1978 in Berlin dargestellt hat. Zugrunde liegen meinem Referat meine langjährigen Erfahrungen aus der ambulanten und stationären, psychotherapeutischen und organmedizinischen Tätigkeit sowie aus der Leitung von gruppendynamischen Balintgruppen mit Ärzten.

Wiederholt konnte ich während meiner klinischen Zeit beobachten, daß psychosomatisch-depressive Patienten in einer bestimmten Phase des psychotherapeutischen Prozesses ein psychosomatisches Symptom entwickelten und über dieses eine partielle Ich-Integration herstellten. Anschließend war ihnen eine Differenzierung von Angst und Wut, die Äußerung dieser Gefühle sowie eine Neuordnung ihrer Realsituation möglich. Diese stand nicht mehr unter der Herrschaft des Wiederholungszwanges.

Die dazu führende Ich-strukturelle Veränderung soll am Psychotherapieverlauf einer psychotisch-depressiven Patientin, die ein Magenulcus entwikkelte, dargestellt werden, und zwar anhand der Ich-Funktion des Körper-Ichs, der Abgrenzung und der Aggression sowie der Differenzierung von Angst und Wut.

Ich werde dabei folgende Aspekte behandeln:

a) die Situation der Patientin auf der psychiatrischen Station mit der Kritik an dem unreflektierten Mitagieren sowohl der Ärzte als auch der Schwestern,
b) die Primärgruppensituation in Verbindung mit der Ich-strukturellen Diagnose der Patientin und

c) den therapeutischen Prozeß, den ich gliedern werde nach der Veränderung meiner Gegenübertragungsgefühle, in denen sich die Schritte der Ich-Entwicklung der Patientin widerspiegeln.

Dabei verstehe ich das Auftreten des Ulcus als Ausdruck einer passageren, noch defizitären, aber Ich-stärkeren Ich-Struktur, nämlich der psychosomatischen Ich-Struktur, die im Gegensatz zur psychotisch-depressiven ein Mehr an Abgrenzung nach innen und außen zur Verfügung hat und eine beginnende Gruppenfähigkeit des Menschen ermöglicht.

Bei der ersten Visite auf der Aufnahmestation eines großen psychiatrischen Krankenhauses lernte ich Frau S. kennen. Der Stationsarzt, als einer der besten des 2000 Betten-Hauses bekannt, übergab sie mir nach der Visite mit den Worten: „Wollen Sie sie nicht übernehmen, Sie machen doch in Psychotherapie?! Wir sind ratlos. Sie ist über ein halbes Jahr bei uns, es wird immer schlimmer, nichts hilft. Die Tabletten haben alle nichts geholfen; jetzt haben wir sie abgesetzt. Sie ist der Schrecken der Station. Ich versuche immer, ihr zu entwischen." Frau S. stand dabei außerhalb der Glaskanzel, von der aus die ganze Station zu übersehen war. Sie hatte ein Tränen überströmtes Gesicht, blonde, krause, leicht strubbelige Haare, war klein, untersetzt, schwammig – dick. Sie trug einen zu kurzen rosa Rock, einen grünen Pulli und schwarze Strumpfhosen. Sie machte einen sehr verzweifelten, aufgelösten Eindruck, der während der Visite immer stärker wurde. Jedes Mal, wenn wir aus der Tür eines Krankenzimmers kamen, stand sie devot und ängstlich neben der Tür und fragte: „Wann haben Sie heute Zeit für mich, Herr Doktor?" Nachdem er ihr anfangs gesagt hatte: „Heute nicht!", ging er schulterzuckend jedes Mal weiter. Ihr Weinen wurde immer lauter und hilfloser. Der ganzen Station schien dies bekannt, keinen kümmerte es mehr.

Auf dieser, als einer der besten bekannten Station, herrschte ein diffuses Klima von Angst, unterschwellig-ohnmächtiger Wut, Hilflosigkeit, Ausgeliefert-Sein. Meist fehlten zwei bis vier Schwestern wegen Krankheit; der Personalwechsel war hoch; die Stationsschwester war ebenfalls krank. Der Stationsarzt war ein sehr charmanter, weicher Mann, der zu allen neu angekommenen Patienten und dem Personal eine enge, symbiotische Beziehung herstellte, diese benützte, bis er von den Patienten die für das ICD-Schema zutreffenden *Kraepelin*schen Krankheitssymptome gestellt und seine eigenen symbiotischen Bedürfnisse erfüllt hatte. Dann stand er abrupt auf und ging weg. Dadurch wurden schon bei der Aufnahme in den Patienten tiefe, alte Verlassenheitsgefühle wachgerufen, denen sie fortan alleine ausgeliefert waren. Da sie aber sowohl von den Schwestern wie auch von den Mitkollegen geteilt wurden, beherrschten sie ganz zentral die Dynamik der Station.

Die ersten drei Tage konnte ich, obwohl schon in fortgeschrittener psychoanalytischer Ausbildung und erfahren in Gruppendynamik, diese Dynamik weder durchschauen, noch mich von ihr abgrenzen. Ich fühlte mich schlecht, ohnmächtig und hilflos ausgeliefert und glaubte, nie dort arbeiten zu können. Erschwerend war noch, daß eine famulierende Kollegin, die

selbst in enger Symbiose mit ihrem eigenen Vater lebte, während die Mutter, aus dem Haus und der Ehe vertrieben, auf Reisen war, ihre idealisierte Vaterbeziehung, die sie auf der Station mit dem Stationsarzt wiederholte durch mich als Assistenzärztin bedroht sah und heftig mit mir zu konkurrieren begann. Sie explorierte Frau S., die sie vor Monaten übernommen hatte, jeden Tag eine Stunde und interpretierte ihre Zwangsgedanken, was zu einem furchtbaren Schreien und einer immer weiter fortschreitenden Desintegration der Patientin führte.

Mindestens einmal in der Woche machte ein Patient auf der Station einen Selbstmordversuch, meist im Zusammenhang mit den völlig unvorhergesehenen, unbesprochenen Verlegungen, die der Stationsarzt mit Vorliebe während seiner Abwesenheit in der Mittagszeit vornehmen ließ. Dadurch wurde das angstvolle Klima auf der Station noch verstärkt.

Die offensichtlichen gruppendynamischen Zusammenhänge der Selbstmordversuche mit den Verlegungen und auch der Desintegration einzelner Patienten, besonders von Frau S., wurden vom Stationsarzt ebenso geleugnet wie die Provokationen der Verlassenheitsängste durch sein Verhalten. Meine Versuche, ihm die Situation zu erklären, da ich, von außen kommend, die Dynamik viel leichter durchschauen konnte, schob er jedes Mal mit der stereotypen Aussage: „Da ist nichts zu machen!" und „Das ist alles überinterpretiert" weg. Er hielt damit sein Schutzschild aus Ablehnung und Abwehr von Angst aufrecht, um nichts ändern zu müssen, um sich nicht auseinandersetzen zu müssen mit der repressiven, hierarchischen, institutionalisierten Gruppendynamik, wie sie in den Anstalten agiert und perpetuiert wird.

Frau S. war 26 Jahre alt, verheiratet und Mutter eines 5jährigen Mädchens. Sie erlebte auf der Station die gleiche Verlassenheitssituation wie in ihrer früheren Familiengruppe. Sie mußte deshalb den damals ihr einzig möglichen Kontakt aufgreifen, indem sie sich als kleines hilfloses Kind anbot und versuchte, den vermeintlichen Wünschen der Menschen zu entsprechen. Da in dem destruktiven, unreflektierten psychodynamischen Kräftefeld von Ärzten, Pflegern und Mitpatienten auf der Station ihre Pathologie nicht verstanden, sondern mitagiert wurde, desintegrierte sie immer mehr. Die Wut über diese Verlassenheitssituation und das eigentlich Betrogen-Werden um die Hilfe konnte sie auf Grund ihrer defizitär entwickelten Ich-Funktion der Aggression nicht äußern, sondern provozierte sie im anderen Menschen. Jeder war wütend auf sie und fürchtete sie, wenn sie nur auftauchte, da sie in allen das Gefühl totaler Hilflosigkeit, Ohnmacht und Wut auslöste. Keiner wollte etwas mit ihr zu tun haben. Nur wenn jemand sie wütend anschrie und so die Wut stellvertretend auch für sie ausdrückte, konnte sie für einen kurzen Moment eine Grenze und Kontakt erleben. Ihre extremen Verlassenheitsängste versuchte sie durch lautes Jammergeschrei zu überbrücken. Ausdruck ihrer archaischen Ängste, aber auch ihrer Unabgegrenztheit nach außen war ihr Unvermögen, sich zu waschen. Genausowenig konnte sie an den

öffentlichen Schwimmnachmittagen teilnehmen, da sie Angst hatte, sich im Wasser aufzulösen. Sie war gepeinigt von unaufhörlichen Zwangsgedanken, ihr Kind umbringen zu müssen, und zwar verspürte sie laufend den Drang, es zerstückeln und aus dem Fenster werfen zu müssen. Zeitweise glaubte sie, sich davor nur retten zu können, wenn sie selbst aus dem Fenster spränge.

Ich meine, daß sie damit das Ausmaß ihrer eigenen Bedrohung signalisierte und versuchte, die völlige Desintegration ihres Ichs abzuwehren, indem sie die ständige Vernichtungsangst externalisierte, sie, die das Kind war, das nicht leben durfte, gab damit ein Abbild der defizitären Mutter-Kind-Symbiose, aber auch ihrer nicht anders äußerbaren Wut. Sie erlebte sich als die Mörderin ihrer Großmutter, war gequält von archaischen Schuldgefühlen und dem Drang, es wieder gutmachen zu müssen durch ihre Selbstaufgabe. Dem entsprach der völlige Mangel an Selbstwertgefühl.

Die Psychotherapie der Patientin, die ich sechs Monate lang auf dieser psychiatrischen Station und anschließend ambulant durchführte, begann ich damit, daß ich mir und damit der Patientin auf der Station einen Platz einräumte. Ich machte mir die auf der Station und von der Patientin agierte Dynamik, die einer destruktiven Gruppendynamik – einer Sündenbockdynamik – entsprach, bewußt und versuchte, mich davon abzugrenzen, ebenso wie von der Kollegin und dem Stationsarzt. Weiter versuchte ich, die intensiven Gefühle zu ergründen, die die Patientin in mir auslöste. Das waren ohnmächtige Wut und häufig der Wunsch, sie zu schlagen, wenn sie so schreiend hinter der Stationszimmertür stand und sofort, wenn sie mich erblickte, zu jammern und zu schreien und um Hilfe zu flehen begann. Daneben rührte und erschütterte mich die Trostlosigkeit und Verlassenheit der Patientin. Immer wieder vermittelte sie mir den intensiven Wunsch nach Geborgenheit.

Da sie selbst sich nicht abgrenzen konnte, entsprach ich zunächst meinen wahrgenommenen Gefühlen im Sinne eines therapeutischen Agierens mit der Gegenübertragung und sperrte die Patientin in ihr Zimmer ein, verordnete ihr strikte Bettruhe, hohe Dosen Sedativa und vereinbarte mit ihr, sie täglich zweimal zu sehen. Ich benutzte so die starre Klinikstruktur und das Zimmer sowie auch die Medikamente als starre Grenze. Dadurch wurde sie von der Sündenbockdynamik der Station einerseits abgegrenzt, andererseits konnte ich ihre Angst und Wut in den zweimal 20 Minuten währenden Gesprächen ertragen. Sie länger zu sehen, konnte ich nicht aushalten. Mindestens 16 Mal am Tag kam sie zu mir ins Arztzimmer mit ihren stereotypen Fragen: „Wird's wieder?". Darauf mußte ich ihr ebenso stereotyp mit vollster Überzeugung sagen: „Ich bin vollkommen überzeugt, daß es wieder wird, daß Ihr Mann Sie nicht verläßt, daß es keinen strafenden Gott gibt, daß Sie keine Mörderin sind." Wenn es mir gelang, ihr mit meiner Überzeugung in der Stimme meine menschliche Präsenz und mein Vertrauen in sie zu vermitteln, dann konnte sie ihr Zwangsschreien unterbrechen. Eigentlich handelt es sich dabei um das Vertrauen in meine eigene Fähigkeit, ihr meine Ich-Funktionen der Abgrenzung, des Tragens von Angst, Wut, des Vertrauens, der Frustra-

tionstoleranz so lange zur Verfügung zu stellen, bis sie selbst diese Ich-Funktionen nachentwickelt, selbst zur Verfügung hat.

Voraussetzung dazu ist Wissen und Erfahrung, aber ganz besonders das Vertrauen, daß jeder Mensch veränderbar ist. Auch wenn er nur wenige positive Ich-Funktionen zur Verfügung hat, ist es möglich, sie gleichsam als Brücken zu benützen, über die die anderen Ich-Funktionen dann entwickelt werden können. Nur mit großer Beharrlichkeit gelang es mir, die Patientin immer wieder aus dem Arztzimmer zu verabschieden. Das endlich im Bett-Liegen-Dürfen, das Abgegrenzt-Sein von der Station und meine kontinuierliche, ihre Wut aushaltende Zuwendung führten dazu, daß die Patientin nach einigen Tagen, unterstützt durch Medikamente, nach monatelanger Schlaflosigkeit zu schlafen begann. Sie schlief wie ein Baby, bis auf die Mahlzeiten, Tag und Nacht. Immer wenn sie aufwachte, kam sie, um sich zu versichern, daß ich vollkommen überzeugt sei, daß es mit ihr wieder würde.

Mit dem mit ihr defizitär-symbiotisch verbundenen Ehemann, der Ulcus-Träger war, zu allen Besuchszeiten kam und überraschend kooperativ war, gelang es mir, mich zu verbünden. Auf meinen Rat hin saß er stundenlang und hielt sie im Arm, der einzigen Möglichkeit, ihr seine Präsenz zu vermitteln. In den täglich stattfindenden Sitzungen, die pünktlich auf die Minute beginnen mußten, da die Patientin sonst psychotisch desintegrierte, ging es darum, daß ich ihre provokative Wut stellvertretend für sie aushielt und ihre quälenden, terroristischen Fragen beantwortete und sie kontinuierlich von ihrer eigenen negativen Selbsteinschätzung abgrenzte. Ich erreichte damit, daß sie zunehmend ein rudimetäres Vertrauen entwickelte und schrittweise eine beginnende therapeutische Beziehung einging.

Parallel dazu nahm ihre Frustrationstoleranz und Abgrenzungsfähigkeit zu, was dadurch zum Ausdruck kam, daß die Zeiten, die sie außerhalb ihres Zimmers auf der Station verbringen konnte, länger wurden. Sie nahm nach und nach an der Beschäftigungstherapie teil, konnte stundenweise sich im Garten aufhalten und schließlich, nach vier Monaten, das Wochenende zu Hause verbringen.

Die Funktion der Abgrenzung, die ich anfangs ganz für sie übernommen hatte, konnte sie allmählich selbst übernehmen. Während der Samstag zu Hause meist gut verlief, fing die Patientin am Sonntagvormittag an, ihren Mann mit quälenden Fragen nach seiner Treue zu provozieren, bis er explodierte. Der bevorstehende Verlust, vor allem des Körper-Kontaktes mit ihm, führte in dieser Zeit zum Wieder-Auf-Leben ihrer archaischen Trennungsängste. Die damit verbundene Wut trug der Mann.

In den therapeutischen Sitzungen versuchte ich jetzt zunehmend, ihre quälerischen Zwangsfragen zu durchbrechen, um zu erfahren, worauf sich ihre Ängste bezogen. Mit der fester werdenden therapeutischen Symbiose konnte die Patientin die Realbelastungen wie z. B. Zeitverschiebungen und Entlassungen zum Wochenende zunehmend ertragen und regulieren.

Auf der anderen Seite quälte sie in dem Maße, wie sie eine positive, aber idealisierte Beziehung zu mir aufnahm, ihren Ehemann sadistisch und provozierte ihn ständig mit der Frage, ob es nicht besser wäre, sich scheiden zu lassen. Sie wollte das in der Psychotherapie immer wieder beobachtete Phänomen herstellen, sich durch Inszenierung des Wiederholungszwanges eine Situation zu schaffen, in der ihr nichts anderes übrig bliebe, als sich umzubringen, was die Folge der Trennung aus der archaischen symbiotischen Beziehung zum Ehemann zu dieser Zeit bedeutet hätte.

Nach sechs Monaten Therapie in der psychiatrischen Station, die sich von einer in der Psychiatrie üblichen wesentlich unterschied, konnte die Patientin noch unter starker Sedierung nach Hause entlassen werden.

Nach drei Wochen nahm sie ihre alte Tätigkeit als Büroangestellte wieder auf. Ich sah sie zweimal wöchentlich, anfangs auf der psychiatrischen Abteilung, dann in meiner psychoanalytischen Praxis.

Während der stationären Therapie ließ ich mich im Wesentlichen von meinen reflektierten und kontrollierten Gegenübertragungsgefühlen leiten, den Gefühlen, die die Patientin in mir provozierte, um auf der schmalen, averbalen und agierenden Ebene, die die Patientin anbot, durch bewußtes Mitagieren einen therapeutisch wirksamen Kontakt aufzubauen, wie *Schibalski* das 1978 beschrieben hat.

Die Lebensgeschichte, die die Patientin erst in einer fortgeschrittenen Phase in ihrer Therapie mitteilen konnte, bestätigte, daß sie auf der Station das Ausmaß ihrer Bedrohung signalisiert hatte. Sie versuchte, die völlige Desintegration ihres Ichs abzuwehren, indem sie ihre Vernichtungsangst externalisierte (*Ammon* 1971).

Frau S. war als Einzelkind zwischen vier Erwachsenen aufgewachsen. Sie war das zweite Mädchen ihrer Mutter und wurde zwei Jahre nach dem Tod ihrer Schwester geboren. Diese war im Alter von zwei Jahren an tuberkulöser Hirnhautentzündung gestorben. Sie hatte sich durch verseuchte Kuhmilch infiziert. Die Mutter, eine Ulcus-Trägerin, hatte die ganze Schwangerschaft hindurch panische Ängste, daß ihr zweites Kind wieder sterben würde. Zehn Tage nach dem errechneten Geburtstermin wurde die Patientin mit 2800 Gramm relativ klein geboren. Sie blieb bei den Großeltern, da ihre Mutter arbeiten mußte. Der Vater war Alkoholiker und arbeitslos. Sie lebten alle zusammen in einem kleinen Gartenhäuschen in einem chaotischen, asozialen Milieu bei der Großmutter, einer strengen, vom Leben enttäuschten Frau, die die einzige durchgängige Bezugsperson der Patientin war. Sie wurde von ihr sehr restriktiv erzogen und wurde – vor allem der Nachbarn wegen – an die moralisierenden, engstirnigen, religiösen Vorstellungen angepaßt. Jede Lebensäußerung der Patientin war der Großmutter unerträglich. Sie reagierte mit Tobsuchtsanfällen darauf, wenn die Enkelin z. B. unerlaubt vom Stuhl aufstand, wobei sie schrie: „Du bringst mich noch ins Grab, Du machst mich krank! Das wirst Du alles sehr büßen müssen!“ Die Großmut-

ter verstarb, als die Patientin 16 Jahre alt war, zwei Jahre nach der Operation an einem Hirntumor. Der einzige Kontakt zum Großvater bestand darin, daß er sie bereits seit dem dritten Lebensjahr nachts weckte, damit sie ihm die Schuhe ausziehe. Der Vater, der zu Hause fast nie anwesend war, verstarb, als die Patientin zehn Jahre alt war, an durchgebrochenem Blinddarm. Die Mutter konnte ihre Tochter nur soweit wahrnehmen, als sie an ihr als schönem Kind ihre narzißtischen Bedürfnisse befriedigen konnte.

Auf die mit der Einschulung verbundene Trennung reagierte die Patientin mit schwerem Keuchhusten. Die lebensbedrohlichen Erstickungsanfälle hielten monatelang an. Einmalig in ihrem Leben durfte sie in dieser Zeit abwechselnd im Bett ihrer Eltern und im Bett ihrer Großeltern schlafen. Als sie 16 Jahre alt war und in kaufmännischer Lehre, lernte sie ihren Mann kennen, der wie ihre Eltern und Großeltern Ulcus-Träger war. Ein halbes Jahr nach dem Tod der Großmutter heiratete sie siebzehnjährig. Die nach vier Jahren eintretende Schwangerschaft verlief gut, die Patientin fühlte sich wohl. Im Wochenbett wurde sie schwer depressiv, ein halbes Jahr später fing sie an, suchtartig und wahllos Körperkontakt zu suchen und wurde immer depressiver. Sie desintegrierte psychotisch, als der Großvater 1974 starb.

Was so auffallend an dieser Familiengruppe ist, ist die Tatsache, daß wenig, allenfalls über Geld, Krankheit und Tobsuchtsausbrüche, kommuniziert wurde. Die tiefen Verlassenheitsängste aller Familienmitglieder wurden durch Wutausbrüche, Alkoholismus und schwere psychosomatische Reaktionen, vorwiegend durch Ulcera, an denen Eltern und Großeltern litten, und durch Anpassung an ein rigides, moralisierendes Lebensverbot abgewehrt. Die Patientin kann sich erinnern, daß auf ihre Kleider großer Wert gelegt wurde; alle Bedürfnisse und sie selbst wurden jedoch nicht wahrgenommen. Sie empfand sich als dick und undifferenziert und konnte sich nicht spüren. Anstelle der direkten körperlichen narzißtischen Zufuhr, die zum Aufbau von Körper-Ich Grenzen unabdingbar ist (*Ammon* 1979a), wurde nur das im Dienst der mütterlichen narzißtischen Befriedigung stehende schöne Kleid gratifiziert. Ein Körper-Ich-Gefühl konnte die Patientin daher nicht entwickeln. Da nach *Ammon* eine Ich-Struktur sich nur in der dauernden Auseinandersetzung über die Bedürfnisse mit deren Erfüllung und Abgrenzung im Rahmen einer primären Mütterlichkeit – d. h. einer schützenden Familiengruppe – entwickeln kann (*Ammon* 1970), ist es aus dem bisher Gesagten einleuchtend, daß Frau S. nur eine Negativ-Struktur komplementär der rigiden Familienstruktur entwickeln konnte. Im Defizit der Ich-Struktur der Patientin fand das Defizit der Familiengruppe seinen Niederschlag. Auf Grund der fehlenden narcissistic supplies (*Fenichel* 1932) blieb die Ich-Entwicklung stark defizitär. Dies drückte sich besonders aus in der defizitären Entwicklung der Ich-Funktionen der konstruktiven Aggression, der Wahrnehmungsfähigkeit von Angst und Wut, der Ich-Abgrenzung nach innen und außen, der Frustrationsregulation, des Selbstwertgefühls, der Ich-Autonomie, der Identität sowie auch der Kreativität und der Sexuali-

tät. Als Ausdruck davon war sie tief verunsichert, von entsetzlichen Minderwertigkeitsgefühlen, panischen Ängsten und Schuldgefühlen gequält. Sie war fest davon überzeugt, den Gehirntumor der Großmutter durch ihren Wunsch nach Bewegung verursacht zu haben, und litt unendlich unter den ständig wiederkehrenden Zwangsgedanken, -wünschen und -fragen, ob sie geisteskrank wäre, ob ihr Mann bei ihr bliebe, ob sie in die Hölle käme.

Die Patientin lebte nur den Bedürfnissen anderer, denen sie sich ganz hingeben wollte. Die furchtbaren Verlassenheitsängste, die durch den Tod des Großvaters hervorgerufen wurden und wodurch ihre archaischen Schuldgefühle wieder wachgerufen worden waren, führten zu der Externalisierung ihrer Ängste in die Realsituation, so wie ich sie oben bezüglich der Kliniksituation der Patientin beschrieben habe. Der Wahninhalt spiegelte die sadistische, reale Beziehung ihrer Großmutter zu ihr wieder, die sie im Wiederholungszwang an ihrem Kind zu agieren fürchtete. In der ambulanten Fortsetzung der Therapie wechselte die Übertragung der Patientin auf mich von der idealisierten Mutter zur sadistischen Großmutter, der gegenüber sie jetzt zunehmend feindliche Gefühle entwickelte, was sie anfangs sehr erschreckte. Auf ihren Mann übertrug sie die Mutter und terrorisierte ihn, wenn er nicht auf die Minute pünktlich zu Hause war. Sie fühlte panische Angst, daß er sie verlassen könnte.

Ich nahm in dieser Zeit ein eigenartiges Gefühl bei mir wahr, sie nicht ansprechen, nicht anrühren zu dürfen, damit nichts zerbreche. Sie schien mir manchmal wie aus Glas zu sein. In dem nach wie vor vierzehntägig stattfindenden Gespräch mit dem Ehemann wurde jedesmal die Problematik, die sich zu Hause darstellte, durchgearbeitet, vor allem aber lud er immer wieder seine Wut und seine Spannung, die sich im Zusammenleben mit seiner Frau entwickelte, bei mir ab. Er konnte aber nach wie vor die Psychodynamik seiner Frau überraschend gut verstehen und als Hilfs-Ich fungieren ebenso wie auch die kleine fünfjährige Tochter und der Freund der Mutter. Der Freund der Mutter mußte über Wochen Tag für Tag still in ihrer Wohnung sitzen, da sie es allein immer noch nicht aushielt. Mein Kontakt zu ihrem Mann und meine freundliche Beziehung zu ihrer Tochter halfen ihr ganz wesentlich, ihre Beziehung zu mir zu vertiefen. Die starre Klinikstruktur, die Begrenzung auf ihr Zimmer war nun ersetzt worden durch die Mitglieder der Familiengruppe, was ein ungeheurer Fortschritt war, dadurch daß die Gruppendynamik der Familiengruppe durch meine Beziehung sowohl zur Patientin als auch zum Ehemann als auch zu den übrigen Mitgliedern, mit denen ebenfalls Gespräche stattfanden, wesentlich verändert werden konnte.

Zu dieser Zeit verschwand beim Ehemann das während des Klinikaufenthaltes seiner Frau entwickelte Magengeschwür. Die Patientin begann, ihren Ehemann und seine Treue real wahrzunehmen. Sie wurde hübscher, duschte sich jeden Abend, ihr Körper wurde konfigurierter. Die Zwangsgedanken und Zwangsfragen nahmen ab und traten hauptsächlich in der therapeutischen Situation auf.

Ich begann nun, meine therapeutische Strategie zu verändern. Im Rahmen der stabiler werdenden Beziehung zu mir begann ich, sie durch Mitagieren ihrer Primärgruppendynamik zu provozieren. Eine tiefe Verwundung der Patientin beruhte darauf, daß sie hatte erleben müssen, daß ihre Mutter vergessen hatte, daß sie ihr versprochen hatte, rechtzeitig nach Hause zu kommen. Wenn sie dann kam, ging sie mit einem Achselzucken oder mit einem „Ach, Kasperl!" über die Tränen der oft stundenlang auf sie wartenden Tochter hinweg. Diese real erlebte ständige Kränkung führte bei der Patientin zu einer tiefen Verlassenwerdensangst. Sie hatte vor jeder therapeutischen Sitzung die Angst, daß ich nicht kommen und sie vergessen könnte. Wenn ich nun fünf oder zehn Minuten später als zu der vereinbarten Zeit kam, war ihre Angst und Wut sichtbar in ihrem Gesicht. Wenn ich über ihre heftig geäußerte Beschwerde scheinbar hinwegging, platzte sie förmlich und schrie: „Sie sind genauso gemein wie meine Mutter, warum machen Sie das? Wo Sie doch wissen, wie sehr ich darunter leide!" Anschließend konnte sie mit mir klären, warum ihr das so weh tat und warum sie jedes Mal diese furchtbare Angst erleben muß. Zunehmend konnte sie dann den Zusammenhang mit früher erlebten Situationen wahrnehmen und unter Weinen die vielen Frustrationen durch ihre Primärgruppe wieder erleben, aber auch wahrnehmen, daß ich bis jetzt immer gekommen war. Dadurch wurde ein langsamer Zuwachs an Kontakt möglich. Dieses Anwachsen-Lassen der Ängste und Hineingehen in die Angst verstehe ich mit *Ammon* als eine Form ich-strukturellen Arbeitens (*Ammon* 1979b).Das Vorgehen zielt direkt auf den narzißtischen Defekt. Dadurch wird die Angst und zunehmend auch die defizitäre destruktive Aggression als Wut erlebbar und spürbar, andererseits können sich die gesunden Anteile des Ichs formieren und werden bündnisfähig. Durch das kontinuierliche Annehmen der dabei frei gewordenen Angst und Wut wird durch die direkte menschliche Präsenz des Therapeuten, durch seine, von den Personen der Primärgruppe verschiedene Struktur und sein auch qualitativ andersartiges Verhalten immer mehr Differenzierung ermöglicht. Hierdurch wird ein kommunikatives Interaktionsfeld aufgebaut und schrittweise erweitert.

In der bevorstehenden Trennung von mir vor ihrem geplanten Urlaub wurde die Patientin für einige Tage psychotisch und anschließend suizidal. Nur dadurch, daß der Ehemann ganztägig bei ihr war und ihr kontinuierlich Körperkontakt zur Verfügung stellte, konnte ein erneuter Klinikaufenthalt vermieden werden. Es war möglich, die Trennung in der ambulanten Therapie so weit durchzuarbeiten, daß sie mit ihrem Mann und ihrem Kind und erstmals im Leben mit ihrer Mutter und deren Bekannten in Urlaub fahren konnte. Da der Mann konstant die Abgrenzung der Patientin gegenüber ihrer Mutter übernahm, andererseits ihr reichlich Körperkontakt zur Verfügung stellte, verlief der Urlaub gut. Sie hatte auch weitgehend ihre Zwangsgedanken aufgegeben. Zurückgekommen aus dem Urlaub nahm sie die Arbeit und ihre Therapie wieder auf. Sie litt noch immer an quälenden Minder-

wertigkeitsgefühlen und großen Zweifeln, ob sie ihren Mann, ihr Kind und mich überhaupt wert sei, ohne jedoch psychotisch reagieren zu müssen.

Nach sechs Wochen, eineinhalb Jahre nach Beginn der Therapie, sprach sie selbst die Finanzierung ihrer Therapie durch ihre Mutter an. Ich hatte dies ebenso wie die defizitär-symbiotische Beziehung zu ihrem Mann und ihrem Kind wegen ihrer immer noch sehr störanfälligen Frustrationstoleranz akzeptiert.

Da sie selbst es als Belastung ansprach, forderte ich nun von ihr, daß sie ihre Therapie selbst bezahle und die Besuche ihrer Mutter auf die Hälfte reduziere. Das erlebte die Patientin so feindlich, daß sie die Therapie abbrechen wollte. Sie wurde sehr wütend und erlebte mich so sadistisch und verbietend wie die Großmutter, die ihr die einzige Beziehungsmöglichkeit zu ihrer Mutter wegnahm. Auf Grund der positiv erlebten Beziehung zu ihrem Ehemann und dessen positiver Beziehung zu mir wurde der Abbruch der Therapie verhindert. Wie ganz zu Anfang ihrer Therapie brachte sie den Ehemann zur Sitzung mit und wollte mich zwingen, doch das Geld der Mutter anzunehmen. Sie hatte sehr starke Verarmungsängste einerseits und glaubte andererseits, ihre Mutter würde es nicht überleben, das Honorar nicht zahlen zu dürfen. Da ich hart blieb, nahm sie eine Beziehung zu einer Internistin auf, auch da sie sehr stark an Gewicht abnahm und unter Magenschmerzen litt. Es wurde röntgenologisch ein Magengeschwür festgestellt, das mit Bettruhe und Rollkuren behandelt wurde. Den verordneten Krankenhausaufenthalt lehnte die Patientin strikt ab, was einem ersten „Nein" (*Spitz* 1967) in ihrer Lebensgeschichte entsprach. Im Schutz des Symptoms wurde die Patientin mir gegenüber sehr wütend, beschimpfte mich und konnte erstmals spurenweise die Gefühle wie Wut und Angst differenziert wahrnehmen. Meine Gegenübertragungsgefühle, d. h. die Gefühle, die die Patientin in mir die letzten Wochen über provoziert hatte, waren anhaltende, lähmende Müdigkeit, verbunden mit einer Unfähigkeit zu denken und begleitet von einem Sog, im Wechsel mit sadistischen Gefühlen, Zerstörungswünschen und Weglauftendenzen. Diese veränderten sich nun, und an ihre Stelle trat eine aggressive Spannung, bis die Patientin ihre Wut verbalisieren konnte. Ich empfand das erste Mal dann ein personales Gegenüber. Anschließend hatte ich quälende Schuldgefühle und Angst, in der Therapie alles falsch gemacht zu haben. Daneben nahm ich ein Verbot wahr, darüber zu sprechen.

Nach 6 Wochen war das Ulcus abgeheilt. Bei der Patientin war es zu einer Differenzierung ihres Kontaktes gekommen. Sie konnte jetzt direkt ihre Gefühle mitteilen und was mich besonders freute, sie änderte ihre Realsituation dahingehend, daß sie eine ihren früheren Fähigkeiten entsprechende Sekretärinnenstelle einnahm. Damit bekam sie nun in der Realsituation sozialenergetische Zufuhr, was sich besonders auch in ihrer Beziehung zu ihrem Mann deutlich machte, mit dem sie sich aggressiv auseinanderzusetzen begann und nicht länger die Kranke in der Familie war.

Ich verstehe das Auftreten des Ulcus in dieser Phase als Ausdruck eine Ich-Struktur-Gewinns.

Im Schutz der wieder aufgenommenen therapeutischen Symbiose, sechs Wochen nach der Rückkehr aus dem Urlaub, den sie erstmals ohne psychotisch zu reagieren überstand, bedeutete meine Forderung, die sie mit der Mutter verbindende Beziehung über das Geld zu durchtrennen, eine starke Konfrontation mit ihren archaischen Verlassenheitsängsten und ihrer ohnmächtigen Wut. Die von ihr wiederholt geäußerte Befürchtung, daß sie damit die Mutter umbringe, zeigte die archaische Beziehungsebene an, andererseits versuchte sie damit, den ihr unerträglich erscheinenden Abgrenzungsschritt zu verhindern. In der Auseinandersetzung darüber bildete sie das Ulcus, damit holte sich die Patientin die Mutter gleichsam in den Körper und agierte auf der Körper-Ebene die defizitäre symbiotische Beziehungsebene. Das durch die geforderte Trennung offen gewordene narzistische Abgrenzungsdefizit der Patientin wurde erstmals nicht mehr wie bisher psychotisch ausagiert, sondern mit der Bildung eines abgegrenzten körperlichen Symptoms beantwortet. Das zeigt einen ersten, wenn auch pathologischen Abgrenzungsschritt von der bisher übermächtigen Pathologie in Form des archaischen Lebensverbotes an (*Ammon* 1974). Das mit der Ulcusbildung einhergehende Schmerzerlebnis erlaubte ihr eine erste Körper-Wahrnehmung.

Die Symptomwahl kann verstanden werden als Identifikation mit der ihr aus der Primärgruppe vertrauten Möglichkeit, mit der die Familiengruppe ihre archaischen Verlassenheitsängste zu bewältigen versuchte. Da aber auch der Ehemann Trennungssituationen durch Bildung von Ulcera abwehrte, sie diesen aber zunehmend als positiven Symbiosepartner wahrnahm, ist die Ulcuswahl auch als Versuch zu verstehen, wie der Partner zu werden, genauso gleichberechtigt und erwachsen, und damit die symbiotische Abhängigkeit zu überwinden. Sie drückt damit aber auch ihre Unfähigkeit aus, die mit einer Trennung verbundene Positionsbeziehung zu leisten. Das Symptom, das sowohl eine Identifikation mit dem Aggressor (*Anna Freud* 1936) als auch eine Identifikation mit dem als konstruktiv erlebten Symbiosepartner beinhaltet, steht so auf der Grenze zwischen Ich und Nicht-Ich.

Das Symptom zeigt durch die Möglichkeit des Verblutens und der carcinomatösen Entartung an, ein wie großes Maß an Destruktivität und Angst in ihm gebunden wird. Es ermöglichte der Patientin mit Hilfe der durch die Transformation ins Körper-Ich erfolgten Konkretisierung und Einengung der Destruktivität und Angst ein offeneres Eingehen der bisher weitgehend durch Idealisierung abgewehrten Symbiose einerseits und eine Kontaktaufnahme zu Menschen außerhalb der therapeutischen Symbiose zu dritt andererseits, z. B. zur Internistin. Gleichzeitig erfuhr sie auf der Ebene, auf der es ihr möglich war, sie anzunehmen, sozialenergetische Zufuhr, nämlich auf der Körper-Ich-Ebene durch Rollkur und Bettruhe, deren Notwendigkeit zur Behandlung eines Ulcus *Alexander* (1950) betont.

Ich meine, daß das Symptom damit auch im Sinne eines Übergangsobjektes, das in den Körper hineingenommen wird, als eine Möglichkeit, aus der symbiotischen Beziehung sich abzugrenzen, zu verstehen ist. Im Schutze des Symptoms wurde es der Patientin möglich, das Gemisch aus Wut, Angst und Trauer zu differenzieren und Angst und Wut wahrzunehmen und zu äußern. Die Bildung eines Übergangsobjektes, in dem beschriebenen Beispiel die Bildung des psychosomatischen Symptoms des Ulcus, diente der Integration der erlebten defizitären Symbiose ins Körper-Ich und ist damit Ausdruck einer echten Ich-Leistung.

The Development of a Psychosomatic Symptom as Expression of Ego-structural Change in the Psychotherapeutic Process of a Psychotically Depressive Patient

Dieta Biebel (Berlin)

In the theory of the Berlin School the ego-structural approach has made it possible to group clinical pictures as expression of ego-deficits of varying degrees on a gliding scale. Thus the clinical pictures can be considered as parts of the same syndrome or of different syndromes and they can be compared and brought in relation in their different ego-structural dimensions.

By virtue of this new understanding, the change of symptoms, frequently described in psychoanalytic literature, is understood as expression of an ego-structural change. The actual surrounding group plays a decisive role in the symptom-selection.

In this paper the author deals with the occurrence of a psychosomatic symptom – gastric ulcera – during a particular phase of a psychotherapy of a psychotically depressive patient.

The ego-structural changes causing the symptom are depicted by means of the ego-functions of the body-ego, demarcation, aggression, differentiation between anxiety and anger and the ability to make contacts.

The patient had a defective family structure with an extreme adaptation to a rigid moral group norm, where the fears of abandonment were repressed as a defence mechanism through the development of ulcera. Therefore the patient could only develop a deficitary negative structure corresponding to the satisfaction of needs, with a complete lack of self-confidence, with depersonalisation and a defective ability to symbiosis, aggression and to demarcate, so that the patient was flooded by an excess of irrational anxiety, massive guilt-feelings and obsessive thoughts.

By demarcating the patient continually from her negative attitude the ego-supporting and ego-structural therapy made the gradual development of ego-

structure possible on the basis of good supportable therapeutic alliance. On the strength of this the patient could demarcate (herself) from the still realized narrow, destructive symbiosis with her mother.

Thereupon the patient reacted with the development of a gastric ulcer, proved by x-rays, which enabled her a first rudimentary body-ego feeling by means of the pain experience. The symptom represents a first, however pathological attempt of demarcation. In the context of the described psychodynamics it served in the sense of a transitory object – namely a deficitary body-ego-transitory object – for the purpose of demarcating from the overwhelming pathology. Thus the internalized dynamics of the deficitary family structure was overcome for the first time. The psychotically depressive acting-out, which had been used so far as defence against the archaic fears of abandonment, was now performed on the own body; thus the experienced history of the primary relation was integrated into the ego. The transformation into the body-ego meant making the destructivity and anxiety more concrete and narrower. It rendered possible a limited entering in the hitherto warded-off symbiosis and the perception and differentiation of anxiety and anger.

A beginning verbalisation of the feelings led to a demarcated, mature contact by overcoming the symbiotic level. In the abovedescribed therapeutic process the development of the psychosomatic symptom represented the turning-point insomuch as the patient was enabled now to change her real situation, hitherto turned against herself, in the sense of a constructive ego-development.

Literatur

Alexander, F. (1950): Psychosomatic Medicine. Its Principle and Applications (New York: Norton)

– (1951): Psychosomatische Medizin (Berlin: De Gruyter)

Ammon, Günter (1970): Ich-Struktur und Gesellschaft: Zur psychoanalytischen Kulturtheorie. In: Dyn. Psychiat. (3) 65–76

– (1971): Auf dem Weg zu einer Psychotherapie der Schizophrenie II. In: Dyn. Psychiat. (4) 123–167

– (1974): Psychoanalyse und Psychosomatik. (München: Piper)

– (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

– (1979a): Der Symbiosekomplex und das gleitende Spektrum der archaischen Ich-Krankheiten. In: Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Band 1 (München/Basel: Ernst Reinhardt-Verlag), 283 ff

– (1979b): Schizophrenie. In: Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Band 1 (München/Basel: Ernst-Reinhardt-Verlag), 364–462

Fenichel, O. (1932): Ich-Stärke und Ich-Schwäche. In: Psychoanalyse und Gesellschaft (Frankfurt/Main 1972.)

Freud, Anna (1936): Das Ich und die Abwehrmechanismen. (München: Kindler-Verlag 1977)

Schibalski, W. (1978): Formen des therapeutischen Mitagierens und seine strukturelle Bedeutung. In: Dyn. Psychiat. (11) 252–265
Spitz, R. (1967): Vom Säugling zum Kleinkind. Naturgeschichte der Mutter-Kind-Beziehung im ersten Lebensjahr. (Stuttgart: Klett-Verlag)

Adresse der Autorin:
Dr. med. Dieta Biebel
Bochumer Str. 27
1000 Berlin 21

Das milieutherapeutische Feld der dynamisch-psychiatrischen Klinik als diagnostisches Instrument von Ich-Struktur und Gruppendynamik bei Depression und Psychosomatik**

Andreas von Wallenberg Pachaly*

Das milieutherapeutische Feld im Rahmen der dynamisch-psychiatrischen Klinik wird von dem Autor als ein diagnostisches Instrument vorgestellt, welches Ich-Struktur und Gruppendynamik archaischer Krankheitsbilder erfaßt und verstehbar macht.
Das Charakteristische an dieser diagnostischen Vorgehensweise liegt in der ganzheitlichen Erfassung des Patienten, d. h. das gesamte Lebensfeld in seinen unterschiedlichen Äußerungen wird in die therapeutische Situation mit einbezogen. Die Diagnose selbst wird als ein interpersonelles Geschehen zwischen Patient und Therapeut angesehen. Jede Beobachtung des Patienten ist gleichzeitig eine Kommunikation mit dem Therapeuten, der seinerseits mit seinem Erleben, seiner Wahrnehmung und seiner Betroffenheit reagiert. Somit findet eine lebendige Begegnung im therapeutischen Sinne statt, wo jedes diagnostische Handeln zu einer therapeutischen Interaktion wird.
Ein weiteres Merkmal der milieutherapeutischen Gemeinschaft liegt in der Kontrollgruppenarbeit der therapeutischen Mitarbeiter. Im Hier und Jetzt der Kontrollgruppensitzung spiegelt sich die aktuelle Gruppendynamik der Patientengruppen wider, so daß sie bewußt gemacht und reflektiert werden kann. Dies ermöglicht eine Differenzierung der ich-strukturellen und gruppendynamischen Bedingungen des Therapeuten, um sie von denen des Patienten abzugrenzen. Gerade die ausgesprochenen Gefühle und Phantasien in der Kontrollgruppe auf die Verhaltensweise des Patienten bilden eine oft entscheidende Möglichkeit, schwer archaisch ich-kranke Patienten zu verstehen und damit erst die Möglichkeit für eine Bereitstellung einer therapeutischen Strategie.
Diese Vorgehensweise reflektiert beispielhaft das Selbstverständnis der Dynamischen Psychiatrie: Die Ich-Struktur wird als die Gesamtheit aller internalisierten Gruppenerfahrung – unter besonderer Berücksichtigung des Symbiosekomplexes – verstanden und in der lebendigen Begegnung zwischen Patient und Therapeut bzw. milieutherapeutischer Gemeinschaft diagnostizierbar.
Anhand von zwei Falldarstellungen stellt der Autor das milieutherapeutische Feld als ein diagnostisches Instrumentarium dar, welches die zentralen Ich-Funktionen – hier exemplarisch an der Ich-Funktion der Ich-Abgrenzung und des Körper-Ichs gezeigt – erfaßt. Dabei wird deutlich, daß eine für die Therapie bedeutungsvolle Diagnostik nur im Medium der Gruppe aller therapeutischen Mitarbeiter stattfinden kann, um spiegelbildlich die in der Gruppe entstandenen Ich-Strukturen des Patienten in ihren gesunden, defizitären und destruktiven Anteilen verstehbar und therapierbar zu machen.

In dieser Arbeit möchte ich das milieutherapeutische Feld der dynamisch-psychiatrischen Klinik als ein differenziertes diagnostisches Instrument zur Erfassung von Ich-Struktur (*Ammon*, 1978) und Gruppendynamik archaischer Krankheitsbilder diskutieren. Ich werde besonders das prozeßhafte, interpersonelle Selbstverständnis dieser Diagnostik und ihre Möglichkeiten der ganzheitlichen und therapeutisch bedeutsamen Erfassung des Patienten

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

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

in Abgrenzung zur statisch klassifizierenden, sich auf Symptome beschränkenden Diagnostik der Schulpsychiatrie darstellen.

Die milieutherapeutische Gemeinschaft im Rahmen der dynamisch-psychiatrischen Klinik, von *Ammon* als therapeutisches Setting unter besonderer Berücksichtigung der Arbeit am dritten Objekt an anderer Stelle ausführlich dargestellt (*Ammon*, 1973), bezieht das gesamte Lebensfeld des Patienten in die diagnostische Situation mit ein. Sämtlichen Lebensäußerungen des Patienten wird diagnostische Bedeutung zugeschrieben, das heißt, weder Symptome, noch Sprachinhalte, Träume und Phantasien in strukturierten therapeutischen Situationen allein bestimmen die Diagnose, sondern vor allem Lebensäußerungen des Patienten, die sich in Körperhaltung, Gesichtsmimik, Sprechverhalten, Verhalten beim Essen, beim milieutherapeutischen Arbeiten am dritten Objekt, bei Ausflügen, beim Sport, beim gemeinsamen Feiern, beim Lernen in Beziehungen zu Partnern, Freunden und Verwandten und beim täglichen Zusammenleben äußern, erhalten diagnostische Bedeutsamkeit und werden zum Verständnis des Patienten mit herangezogen.

Zum besonderen Selbstverständnis des milieutherapeutischen Feldes (s. a. *Ammon*, 1959) gehört jedoch, daß Diagnostik nur als interpersonelles Geschehen möglich ist. Jede Beobachtung des Patienten ist eine Begegnung mit ihm, die im Therapeuten Gefühle und Betroffenheit hervorruft und somit ein Verstehen besonders schwer kranker Menschen, also auch eine lebendige Begegnung im therapeutischen Sinn erst ermöglicht. Erleben, Wahrnehmung und spontane Lebensäußerung aller therapeutischen Mitarbeiter der Klinik dem Patienten gegenüber kommt der besondere Stellenwert eines differenzierten diagnostischen Sensors und eines komplexen therapeutischen Agens zu, dessen integrative Funktion von einem von außen hinzukommenden, außerhalb des therapeutischen Geschehens stehenden Supervisors übernommen wird. Verwobenheit von diagnostischen Beobachtungen und therapeutischer Reaktion ist die spezifische Eigenschaft der milieutherapeutischen Gemeinschaft als diagnostisches Instrument. Die milieutherapeutische Gemeinschaft als diagnostisches Instrument zeichnet die Phänomenologie pathologischen Verhaltens des Patienten nicht distanziert, beziehungslos von ihm auf, sondern jeder diagnostische Schritt beinhaltet eine therapeutische Interaktion im Sinne des „repeat and repair" wie es von *Ammon* (1974) als Grundvoraussetzung einer erfolgreichen Therapie archaischer Ich-Krankheiten herausgearbeitet wurde. Diese bewußt gehandhabte Verflechtung diagnostischen Handelns und therapeutischen Agierens trägt dem heutigen Wissensstand moderner Sozialwissenschaften Rechnung, daß kein, auch als neutral erklärtes Untersucher-Verhalten den Patienten unbeeinflußt läßt. Die milieutherapeutische Gemeinschaft als diagnostisches Instrument wendet sich ab von der symptomorientierten, klassifizierenden Diagnostik orthodoxer Schulpsychiatrie und von der sich künstlich auf Teilaspekte beschränkenden und sich auf von der menschlichen Gesamtexistenz losgelösten Kriterien von Validität und Reliabilität zurückziehenden Universitätspsy-

chologie. Die milieutherapeutische Gemeinschaft stellt das Untersucher-Verhalten unter die Kontrolle des therapeutischen Ichs. In der Gruppe aller therapeutischen Mitarbeiter wird die aktuelle Gruppendynamik der Patientengruppen, wie sie sich in der Gruppe der therapeutischen Mitarbeiter widerspiegelt, bewußt gemacht und reflektiert. Persönliche ich-strukturelle und gruppendynamische Bedingungen der Therapeuten werden differenziert und abgegrenzt von der Situation des Patienten, das heißt, es findet ich-strukturelle Arbeit an dem therapeutischen Ich der Gruppe aller Therapeuten statt. Von allen therapeutischen Mitarbeitern wird die Bereitschaft gefordert, sich hinterfragen zu lassen und sich zu verändern.

In der Kontrollgruppe werden Ich-Struktur und Gruppendynamik des Patienten im Spiegel der aktuellen Kontrollgruppensituation ablesbar und reflektierbar. Die in der Kontrollgruppe als Reaktion auf den Patienten entstehenden Gefühle und Phantasien bilden gerade bei schwer archaisch Ich-Kranken den einzigen Zugang zu seiner Person, ermöglichen ein tieferes menschliches Verständnis und die Erarbeitung einer differenzierten therapeutischen Strategie. Die Bereitstellung und Erarbeitung einer differenzierten Gruppenstruktur trägt unserem Verständnis der Entstehung archaischer Ich-Krankheiten (*Ammon*, 1973) Rechnung: daß diese in Gruppen entstanden sind, daß in therapeutischen Gruppen eine nachholende Ich-Entwicklung stattfinden kann und daß sie im Spiegel der Gruppe adäquat verstanden und differenziert diagnostiziert werden können.

Eine therapeutisch sinnvolle Diagnostik und Therapie archaisch ich-kranker Patienten kann dabei nur auf dem Hintergrund eines konzeptionellen, ich-strukturellen Verständnisses erfolgen. *Ammon* (1978) hat Ich-Struktur konzipiert und definiert als Gesamtheit aller internalisierten Gruppenerfahrungen des Patienten, insbesondere die primären Gruppenerfahrungen in der Mutter-Kind-Symbiose, in der die Ausbildung bestimmter Ich-Funktionen, bei Vorhandensein primär gegebener Ich-Kerne, unterstützt, andere gehemmt wurden. Sie ist nur zu verstehen im Zusammenhang mit der psychodynamischen Position des Patienten in der gesamten Familiengruppe.

Die Diagnostik konstruktiver Fähigkeiten wird oft erst in informell strukturierten, aufgrund von flexibler und sicherer Gruppengrenzen als angstfrei erlebten Situationen möglich, während sekundäre Ich-Funktionen in verschiedensten Grenzsituationen diagnostizierbar werden. Oft erst nach dem Wegfall äußerer symbiotischer Con-ego-Funktionen, wie sie etwa durch enge Elternbeziehungen oder Partnerbeziehungen übernommen wurden und wie sie in der milieutherapeutischen Gemeinschaft passager in einem wiedergutmachenden Sinne von Therapeuten und Mitpatienten für den Patienten übernommen werden.

Zur weiteren Erfassung von Ich-Struktur im Sinne einer Erweiterung und teilweisen Überprüfung der diagnostischen Wahrnehmungsfähigkeit der milieutherapeutischen Gemeinschaft gehören auch eine Messung der Ich-Funktionen und des Verlaufs in der Therapie mit dem Ich-Struktur-Test, sowie

soziometrische ich-strukturelle Untersuchungen. (*Beck, Bott, Rock, Wiehl-Volbehr*, 1978; *v. Wallenberg, Schlipper, Wangemann*, 1978).

Anhand zweier Patienten werde ich im folgenden beispielhaft die Diagnostik der Ich-Struktur archaisch ich-kranker Patienten im milieutherapeutischen Feld der dynamisch-psychiatrischen Klinik darstellen. Herr M., ein 28jähriger, kräftiger, unauffällig gekleideter Mann mit einem sympathischen, wenn auch wenig differenzierten Gesichtsausdruck, war zum Zeitpunkt seiner Aufnahme manisch gestimmt, mit plötzlichen Durchbrüchen aggressiven Verhaltens und depressiver Gefühle. Vor der Übernahme in die stationäre Therapie hatte er bereits mehrere Aufenthalte in Universitäts- und Landesnervenkliniken hinter sich. Er war dort als manisch-depressiv diagnostiziert und mit Psychopharmaka, Elektro-Schocks und Lithium-Kuren behandelt worden.

Frau S. ist eine 30jährige, schlanke, hübsche, gutgekleidete Frau mit monotoner Sprache, spärlicher Mimik und starrem, staksendem Gang. Sie litt täglich unter quälenden Kopf- und Nackenschmerzen, Trigeminus-Neuralgien, Vaginismus und einer sie von Arzt zu Arzt treibenden Karzino-Phobie. Körperliches Zeichen ihrer Odyssee nach einem Arzt, der ihre Krankheit endlich hätte diagnostizieren können, waren die Narben mehrerer exstirpierter gutartiger Tumore.

In der Gruppe der Therapeuten hatte Herr M. zunächst spontan heftige Gefühle des Bedrohtseins, der Unsicherheit, der Grenzenlosigkeit und der Überforderung ausgelöst. Zweifel wurden geäußert, ob es denn möglich sei, solch einen Patienten zu behandeln.

Im Unterschied dazu verbreitete Frau S., die versteinert und emotionslos in der Großgruppe saß, eine lähmende Stimmung. Sie vermittelte den Eindruck, gefühlsmäßig völlig abwesend zu sein, nur ihr Körper zeigte uns, daß sie da war. Versuche ihrer Mitpatienten, mit ihr zu sprechen, trachtete sie durch ihren Nihilismus und ihr anhaltendes Mißtrauen, eine unheilbare Krankheit zu haben, zunichte zu machen. Ihre körperlichen Symptome stellte sie immer wieder wie ein Schild zwischen sich und die anderen. Gleichzeitig dienten sie ihr dazu, zu jeder beliebigen Tag- und Nachtzeit, einen, jedoch nur auf die Verhandlung über eine etwaige Tabletteneinnahme beschränkten, Kontakt zu mir und anderen Therapeuten aufzunehmen. In der Gruppe der Therapeuten und Milieutherapeuten provozierte Frau S. neben den Gefühlen des Nihilismus vor allem große Wut aufgrund ihrer abweisenden Haltung.

Bereits anhand dieser Aufnahmesituation wird die unterschiedliche Fähigkeit der Ich-Abgrenzung nach innen gegenüber eigenen Bedürfnissen, Gefühlen und Ängsten und nach außen gegenüber den Bedürfnissen der umgebenden Gruppe diagnostizierbar. Frau S. grenzte sich starr und rigide durch ihr Symptom ab gegen die vermeintlichen Ansprüche der Gruppe an sie, ermöglichte Therapeuten und Mitpatienten aber eine kontinuierliche, wenn auch eingeschränkte, stereotype Kommunikation über ihr Symptom. Der

starren, rigiden Ich-Abgrenzung durch das Symptom, die sich in dem stereotyp provozierten Gefühl der Wut bei Therapeuten und Mitpatienten ihr gegenüber widerspiegelte, begegneten wir mit dem Äußern eigener Gefühle. Indem etwa die von der Patientin selber rigide abgegrenzten Gefühle von Verlassenheit und existentieller Angst durch die umgebende Gruppe der Mitpatienten zuerst in eigenen Phantasien und Gefühlen zugelassen und conego-haft wahrgenommen wurden, und dann ihr gegenüber geäußert wurden, erfolgte in dieser kontinuierlichen Auseinandersetzung ein Prozeß fortlaufender Diagnostik und nachholender Ich-Entwicklung.

Der rigiden und starren Ich-Abgrenzung der psychosomatisch reagierenden Frau S. steht die zwischen Flucht und Verschmelzung oszillierende, brüchige von Herrn M. gegenüber. Besonders deutlich wurde sie während milieutherapeutischer Ausflüge. Herr M. weckte in mir immer ein Gefühl der Unsicherheit, er könnte plötzlich in einer Gaststätte verschwunden sein und sich betrinken. Sein Verhalten war ein Oszillieren zwischen großer Nähe, – er war immer sehr hilfsbereit, bot sich regelmäßig an, das Gepäck von Mitpatienten zu tragen – um dann, sich plötzlich abgewiesen fühlend, zu entwischen und eine Symbiose mit dem Alkohol einzugehen. Mein Gefühl der Grenzenlosigkeit und Überforderung wurde von der Gruppe der Therapeuten verstanden als Spiegel der schwachen, brüchigen und löchrigen Ich-Funktion der Ich-Abgrenzung von Herrn M., der wir die flexible, aber geschlossene Gruppengrenze der milieutherapeutischen Gemeinschaft entgegensetzten. Wir interessierten uns dafür, welche Bedürfnisse, welche Fähigkeiten und Interessen er hatte, bezogen ihn in milieutherapeutische Projekte und Unternehmungen mit ein, sorgten dafür, daß er stets mit mehreren zusammen war, wenn er das Klinikgebäude verließ oder wenn er an milieutherapeutischen Projekten arbeitete. Wir gaben ihm damit einen sicheren Platz in der Gruppe der Mitpatienten und Therapeuten.

Dabei wurden von der Gruppe der Mitpatienten und Therapeuten immer mehr seine konstruktiven Fähigkeiten, andere Gruppenmitglieder zu verstehen und unterstützen zu können, aber auch spezielle handwerkliche Fähigkeiten wahrgenommen und gefordert.

Damit ging einher, daß auch die Gruppe der Therapeuten und Milieutherapeuten sich immer wieder von neuem fragte, ob sie sich vorstellen könnte, einem Herrn M. helfen zu können, und die durch ihn ausgelösten Gefühle von Überforderung und des Bedrohtseins als eigene Ängste verstand und bearbeitete.

In der Beziehung zur Primärgruppe wird die unterschiedliche Ausprägung der Ich-Funktion der Abgrenzung beider Patienten verstehbar: Herrn M. wurde von seiner Mutter keinerlei Abgrenzung gestattet. Noch kurz vor seiner Aufnahme in die Therapie durfte er sich zum Beispiel seinen Mantel nicht selber auswählen, nie durfte er eine eigenständige Beziehung zu Freunden aufnehmen, stets fühlte er die Anforderung, für seine Eltern unbegrenzt alles geben zu müssen, vor allem, um die Depression seiner auf einem Einöd-

hof lebenden Mutter auszufüllen, ohne jedoch dafür jemals anerkannt zu werden, was ja das Zugeständnis einer Abgrenzung seitens seiner Mutter bedeutet hätte. Frau S. hingegen hatte auf der Körper-Ich-Ebene bereits in ihrer Primärgruppe eine Möglichkeit zur Abgrenzung und Öffnung erfahren. Die Schläge, die sie von ihrer Mutter erhalten hatte, wenn sie zu lebendig und unruhig war, waren eine rigide Abgrenzung von der Mutter gegenüber einem als bedrohlich und zu lebendig erlebten Wesen. Auf der defizitären, kranken Körper-Ich-Ebene hingegen hatte ihre Mutter sie angenommen.

Bereits am Beispiel der diagnostischen Erfassung der Ich-Struktur der Abgrenzung wird deutlich, daß die Diagnose sich im Laufe des Prozesses differenziert, also keine statische Momentaufnahme darstellt. Diagnose und Therapie sind innig verwoben. Jede Lebensäußerung des Therapeuten als therapeutisches Handeln in Reaktion auf den Patienten ermöglicht eine weitergehende Diagnostik, ein differenzierteres Erkennen ich-struktureller Defizite und gesunder Anteile. Zur gleichen Zeit stellt sie im Zusammenhang mit der gesamten milieutherapeutischen Gemeinschaft ein Anbieten von Ich-Struktur im Sinne einer nachholenden Ich-Entwicklung dar.

Ich möchte nun zeigen, wie die Diagnose der Ich-Funktion des Körper-Ichs in der milieutherapeutischen Gemeinschaft der Klinik möglich wird. Den Therapeuten und der Gruppe der Mitpatienten bot Frau S. zunächst ihre ursprüngliche, defizitäre Körper-Ich-Identität an. Sie klagte über unerträgliche Kopf- und Nackenschmerzen und stakste bei Spaziergängen unsicher und zögernd. Ihr grundlegendes Selbstverständnis eines körperlich Schwerkranken, eigentlich unheilbaren Menschen agierte sie körperlich in die Gruppe der Mitpatienten und Therapeuten hinein. In der Kontrollgruppe verstanden wir die durch Frau S. ausgelösten Gefühle von Wut als Widerherstellung ihrer Primärgruppensituation des Geschlagenwerdens, setzten uns aber auch mit unseren eigenen Gefühlen der Resignation und des Nihilismus auseinander. Erst im Laufe der Bearbeitung und Abgrenzung dieser Gefühle konnten wir beispielhaft für die Gruppe der Mitpatienten freundliche und liebenswerte Eigenschaften von Frau S. wahrnehmen und mit ihr darüber sprechen. Indem die Gruppe der Mitpatienten nun auch fähig wurde, konstruktive Seiten ihres Körpers wahrzunehmen, über ihre Körper-Ich-Ebene in eine intensive Kommunikation mit ihr einzutreten, etwa wenn sie zusammengerollt wie ein Embryo in einem Styroporsessel lag, ihren Wunsch nach Wärme und Geborgenheit verstand, über den sie selber nicht sprechen konnte, differenzierte sich die Diagnose ihres Körper-Ichs.

Ihre konstruktiven, gesunden Körper-Ich-Anteile konnte sie nur in dem Maße erleben, als Therapeuten und Mitpatienten ihre schicke Kleidung, ihre gute Figur, aber vor allem auch ein freundliches Lächeln, zu dem sie sich früher nicht fähig geglaubt hatte, bemerkten und dies ihr gegenüber immer wieder entgegen ihrem Nihilismus und Defaitismus vertraten. Dieses Entgegensetzen des strukturierten Erlebens ihres Körpers durch die umgebende Gruppe bedeutete eine differenzierte Diagnostik und eine wiedergutmachen-

de, nachholende Ich-Entwicklung auf der Körper-Ich-Ebene. Herr M. äußerte immer wieder die Überzeugung, unattraktiv zu sein. Er war sich seiner körperlichen Fähigkeiten sehr unsicher, sein Bedürfnis, sich so anzuziehen, wie Mitpatienten gekleidet waren, die er gerne mochte, verdeutlichte seine eigene körperliche Unstabilität, die wir verstanden als Ausdruck des Identitätsverbotes selbst auf der Körper-Ich-Ebene in seiner Primärgruppe. Das Wahrnehmen und Verstehen unserer eigenen Gefühle seiner Körperlichkeit gegenüber, das Gefühl eines konturenlosen Riesenbabys einerseits und völligen Übersehens ihm gegenüber andererseits, ermöglichte uns erst, wahrzunehmen, wie er sich anzog und welche körperlichen Fähigkeiten er hatte, ihm spontan zu sagen, wie wir ihn fanden und mit ihm darüber zu sprechen.

Frau S. stand in ihrem Symptom ein Stück starrer Ich-Grenze zur Verfügung, das sie der milieutherpeutischen Gemeinschaft entgegenhalten und worüber sie in direkten körperlichen Kontakt, etwa bei ärztlichen Untersuchungen, treten konnte. Indem das Symptom quasi als drittes Objekt zwischen Patient und Therapeut respektiert wurde, war es uns möglich, auch freundliche körperliche Seiten von Frau S. wahrzunehmen und mit ihr darüber zu sprechen.

Demgegenüber bestand im Körper-Ich von Herrn M. in weiten Strecken einfach ein Loch. Während die Mutter von Frau S. fähig gewesen war, die somatisch kranken Körperanteile und damit sie selber als schwach wahrzunehmen und anzunehmen, hatten die Eltern von Herrn M. zum Beispiel noch wenige Wochen vor der Einweisung eine länger bestehende Lungenentzündung ihres Sohnes einfach nicht wahrgenommen, das heißt sie waren auch nicht fähig gewesen, die körperlich kranken Aspekte ihres Sohnes wahrzunehmen. Ein Gefühl der Körper-Ich-Grenzen und der eigenen Körper-Ich-Fähigkeiten konnte Herr M. erst in dem Maße erlangen, als seine Körperlichkeit innerhalb der schützenden Gruppengrenzen wahrgenommen und mit ihm darüber kommuniziert wurde. Dieser Prozeß hatte der Gruppe der Mitpatienten, aber auch der Gruppe der Therapeuten und Milieutherapeuten einerseits als Spiegel der Primärgruppensituation gedient, Gegenübertragungsgefühle waren erkannt und in Beziehung zur Primärgruppe verstanden worden, andererseits diente die milieutherapeutische Gemeinschaft der gesamten Klinik als reales Erfahrungsfeld, das, von Gegenübertragungsgefühlen abgegrenzt, die konstruktiven Fähigkeiten des Patienten wahrnimmt und fördert und ihm einen Platz eigener Identitätsentwicklung einräumt. So entwickelte sich die Weiblichkeit von Frau S. etwa nur in dem Maße, in dem Therapeuten und Mitpatienten ihre fraulichen Eigenschaften wahrnahmen und förderten. Erst im Zuge dieser Auseinandersetzung konnte sie zum Beispiel wieder menstruieren.

Ich habe versucht, die milieutherapeutische Gemeinschaft der dynamisch-psychiatrischen Klinik als ein diagnostisches Instrument zur Erfassung der Ich-Struktur von Patienten am Beispiel der zentralen Ich-Funktion der Ich-Abgrenzung und des Körper-Ichs darzustellen. Um die Differenzierung Ich-

strukturellen Denkens deutlich zu machen, habe ich aus didaktischen Erwägungen die Phänomenologie schwerer Depression und Psychosomatik, wie sie im Rahmen der Schulpsychiatrie als statischer Zustand dignostiziert wurden, miteinbezogen.

Die milieutherapeutische Gemeinschaft als diagnostisches Instrument ist im krassen Unterschied zu den diagnostischen Möglichkeiten der Schulpsychiatrie und auch zu den testpsychologischen Verfahren ein Wahrnehmungsinstrument, das nicht nur die komplexen Lebensäußerungen und die gesamte Lebenssituation des zu diagnostizierenden Patienten berücksichtigt, sondern gleichzeitig die komplementären, spontanen Lebensäußerungen, Gefühle und Handlungen des untersuchenden Therapeuten miteinbezieht. Diese umfassende Situation und differenzierte Gruppenstruktur der milieutherapeutischen Gemeinschaft allein würde jedoch zu keiner befriedigenden Diagnostik führen beim Fehlen eines ich-strukturellen Konzeptes, das archaische Ich-Krankheiten als gruppengenetisch entstanden verstehbar macht.

Das Zentrum aller diagnostischen Bemühungen ist die Gruppe aller Therapeuten und Milieutherapeuten und die Kontrollgruppe. Sie stellen ein Medium dar, in dem die Ich-Struktur aller therapeutischen Mitarbeiter sichtbar werden kann und an ihr gearbeitet wird, sie stellen gleichzeitig einen Spiegel bereit, in dem die in Gruppen entstandene gesunde Ich-Struktur des Patienten wahrgenommen werden kann und seine defizitäre Ich-Struktur verstehbar und mit Hilfe der therapeutischen Gruppen behandelbar wird. Gleichzeitig stellen sie im Kontext mit der Gesamtgruppe der milieutherapeutischen Gemeinschaft eine reale Lebensgruppe für Patient und Therapeut dar, in der menschliche Bedürfnisse zunehmend wahrgenommen und erfüllt werden können.

Im Vergleich zu herkömmlichen Verfahren schulpsychiatrischer und testpsychologischer Diagnostik läßt aber vor allem die Verwobenheit von Diagnose und Therapie diese Diagnostik, wie ich sie stellvertretend am Beispiel der milieutherapeutischen Gemeinschaft der dynamisch-psychiatrischen Klinik beschrieben hatte, eine Menschlichkeit und zugleich therapeutische Wirksamheit zuteil kommen, die anderen diagnostischen Methoden fehlt.

The Milieutherapeutic Field of the Dynamic Psychiatric Hospital as a Diagnostic Tool of Ego-Structure and Groupdynamics in Depression and Psychosomatics

Andreas von Wallenberg Pachaly (Düsseldorf)

In his paper the author examines the milieutherapeutic field of the Dynamic-Psychiatric hospital and its importance for the diagnosis of the ego-structure and group dynamics of the archaic ego diseases. He points out, that the diagnostic process cannot be separated from the therapeutic interaction

between patient and therapist. The whole life situation of the patient and the entirety of the patient's different modes of behaviour including his bodily and verbal language, his mimicry, his attitude towards the milieutherapeutic work, his handling of the "third object" and the shaping of his relationships to his parents, friends, and relatives are part of this process. The consideration of this process as a whole provides a hollistic and comprehensive diagnosis of the patient.

In the course of the therapeutic interaction being a lively encounter between the patient and the therapist the therapeutic co-workers place their own modes of experience, perception and spontaneous expressions at the patient's disposal for his encouragement and support. On the basis of this interaction a firm diagnosis of the patient's ego-structure depends upon the sensitive observation of the patient himself as well as upon the evaluation of the direct reactions the patient elicits from the therapist.

Within the milieutherapeutic community the diagnostic examination cannot be performed by maintaining an aloof neutrality to the patient's history of suffering. According to *Ammon* every diagnostic step means a therapeutic intervention. Diagnostic itself takes part in a therapy which is directed towards the repetition and the repairing of the patient's former pathogenetic experiences. The therapeutic behaviour in the milieutherapeutic community becomes therefore the main object of supervision. This supervision leads to a differentiation of the ego-structurally forming and groupdynamical conditions of the therapy, which helps the patient to seperate from his former experiences and ways of behaviour. Regularily it can be observed, that within the supervisional group the patient's ego-structure with its deficitary and constructive forms is reflected by the feelings and phantasies arising in the therapist. These feelings and phantasies form the most important access to the understanding of the severe archaic ego illnesses thus enabling the therapist to develop the most apropriate therapeutic strategies.

According to *Ammon*'s ego-structural concept the ego-structure of the patient can be understood as the entirety of his internalized group experiences whereby the experiences during the symbiosis of mother and child are of special importance for the understanding of the patient.

In two case studies the author makes clear how the milieutherapeutic field helps diagnosing the patient's ego-structure. The central ego-functions of ego-demarcation and the body-ego are discussed for example. Inspite of a rigid ego-demarcation on the part of the patient towards the actual or assumed needs of the groups communication becomes yet possible by the therapist's and copatients' expressing their emotional reaction to the patient's rigidity and withdrawal. At the beginning of the therapeutic process it is the surrounding group, which first expresses the feelings of abandonment and existential anxiety which have been rigidly denied by the patient himself.

Diagnostic has always to be an integrative part of therapeutic behaviour. Diagnostic is not an act of simple classification. Diagnostic approaches deve-

lop themselves with every further reaction of the therapist trying to understand and to help the patient. The processual character of diagnosis provides an increasingly exact knowledge of the patient's ego-structure.

For the diagnosis of the ego-function of the body-ego the same procedure can be applied. The deficitary body-ego-identity and the feelings released on the part of the therapist by the patient's behavior is recognized by the supervisional group as a repetition of the original primary groupdynamics. Only in the process of working through these counter transference feelings, lovable and constructive attributes of the patient can be recognized and communicated by the therapist to the whole group of co-patients. By confronting the patient with the feelings of the surrounding group a retrieval of ego-development becomes possible under the protection of the milieutherapeutic community.

Literatur

Ammon, Günter (1959): Theoretical Aspects of Milieutherapy – The Menninger School of Psychiatry, Topeka, Kansas, USA; Pinel Publikationen Berlin, 1977

– (1970): Von der psychoanalytischen Standardmethode zur analytischen Gruppenpsychotherapie. In: Dyn. Psychiat. 3, 140–158

– (1973): Dynamische Psychiatrie – Grundlagen und Probleme einer Reform der Psychiatrie (Darmstadt: Luchterhand; Neuauflage, München: Kindler, 1980)

– (1974): Was ist psychoanalytische Therapie? In: Psychotherapie und medizinische Psychologie, 5, 153–162

– (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., 12, 120–140

Beck, B., Bott, C., Rock, W., Wiehl-Volbehr, A. (1978): Methodische Ansätze zu einer objektivierenden ich-strukturellen Diagnostik im Rahmen des *Ammon*schen Ich-Struktur-Modells am Beispiel der zentralen Ich-Funktion der Aggression. In: Dyn. Psychiat., 11, 152–164

v. Wallenberg, A., Schlipper, N., Wangemann, K. (1978): Ergebnisse einer soziometrischen Untersuchung in der Gruppenpsychotherpie in Hinblick auf ich-strukturelle Unterschiede bei depressiv und psychosomatisch reagierenden Patienten. Vortrag gehalten auf dem X. Internat. Symposium der DAP, 8.–12. Okt. 1978, Berlin

Adresse des Autors:
Dipl.-Psych. Andreas von Wallenberg Pachaly
Kurfürstenstraße 10
4000 Düsseldorf

Nachrichten

Aus den DAP-Hochschulgruppen

Die DAP-Hochschulgruppen veranstalten regelmäßig Seminare, Gastvorträge und Büchertische in mittlerweile 15 Universitätsstädten in der Bundesrepublik Deutschland einschließlich West-Berlin. Mit Themen aus dem Bereich der Dynamischen Psychiatrie *Günter Ammons* befolgen die Hochschulgruppen einen Ansatz um den Unmut an der praxisfernen, eklektizistischen und technisierten Ausbildung an der Universität zu überwinden. Im Zentrum einer fachwissenschaftlichen Ausbildung soll nicht das Symptom in der Psychologie oder Medizin als isolierte Reaktionsweise stehen, sondern der Mensch, der in seiner Krankheit auf verzerrte Weise eine Mitteilung an andere ausdrückt. Es geht um die Frage, wie ist diese Botschaft zu verstehen, was spielt sich gruppendynamisch zwischen Patient und Therapeut ab? Was bedeutet dies für ein Krankheitsverständnis, eine Theorie, die diese Kommunikation erklärt und ein zu erstellendes Behandlungsprogramm? Inhalt anderer Seminare ist der prophylaxtische Aspekt Dynamischer Psychiatrie, die psychoanalytische Pädagogik *Gisela Ammons*, die psychoanalytische Gruppendynamik, die Dynamisch-Psychiatrische Geriatrie und vieles andere mehr.

Theorie und Praxis greifen in den Seminaren der DAP-Hochschulgruppen ineinander: Video-Bänder von Psychosen-Therapie aus der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige werden gezeigt, Gastdozenten eingeladen, wie Psychoanalytiker der DAP, psychoanalytische Erzieher und Leiter der Grauen-Panther-Gruppen. Zudem werden regelmäßig Exkursionen durchgeführt in die Dynamisch-Psychiatrische Klinik Menterschwaige und die Psychoanalytischen Kindergärten der DAP.

DAP-Hochschulgruppen sind in Vorbereitung in Saarbrücken, Marburg, Passau, Tübingen und Stuttgart, Informationen hierüber erteilt cand. psych. *Dörte Griepenstroh*, überregionale Leiterin der DAP-Hochschulgruppen (LFI Berlin).

Weitere Interessenten mögen sich bitte wenden an:

1. Freie Universität Berlin, Fachbereich Psychologie: cand. psych. *Dörte Griepenstroh* (LFI Berlin)
2. Technische Universität Berlin, Fachbereich Psychologie: cand. psych. *Wilfried Vogelbusch* (LFI Berlin)
3. Freie Universität Berlin, Klinikum Steglitz: stud. med. *Bernd Engelmann* (LFI Berlin)
4. Ludwig-Maximilian-Universität, Fachbereich Psychologie: cand. psych. *Viktor Terpeluk* (LFI München)

5. Ludwig-Maximilian-Universität, Fachbereich Medizin: stud. med. *Barbara Gemassmer* (LFI München)
6. Universität Düsseldorf, Fachbereich Psychologie: stud. psych. *Monika Kösters* (LFI Düsseldorf)
7. Universität Hamburg, Fachbereich Psychologie: stud. psych. *Karsten Hundertmark* (LFI Hamburg)
8. Universität Hamburg, Fachbereich Medizin: cand. med. *Dagmar Schneider* (LFI Hamburg)
9. Albertus-Magnus-Universität Köln, Fachbereich Psychologie, Pädagogik: stud. päd. *Martin Bockelmann* (LFI Köln)
10. Albert-Ludwigs-Universität Freiburg: stud. med. *Max Bürk* (LFI Freiburg)
11. Friedrich-Alexander-Universität Erlangen/Nürnberg: stud. soz. *Bärbel Ulrich* (Arbeits- und Studiengruppe der DAP Erlangen)
12. Karl-Ruprecht-Universität Heidelberg: cand. med. *Rainer Blanck* (Arbeits- und Studiengruppe der DAP Heidelberg)
13. Pädagogische Hochschule Kiel: stud. psych. *Harald Wörl* (Arbeits- und Studiengruppe der DAP Kiel)
14. Johann-Gutenberg-Universität Mainz: stud. soz. *Brigitte Schlüter* (Arbeits- und Studiengruppe der DAP Mainz)
15. Universität Regensburg: stud. soz. *Helmut Gemeinwieser* (Arbeits- und Studiengruppe der DAP Regensburg)
16. Universität Bremen: *Ursula Schmidt* (Arbeits- und Studiengruppe der DAP Bremen)
17. Ruhr-Universität Bochum: cand. psych. *Heidi Mönnich* (LFI Düsseldorf)
18. Johann-Wolfgang-von-Goethe Universität Frankfurt: stud. med. *Susanne Weiß* (Arbeits- und Studiengruppe der DAP Mainz)
19. Kath. Stiftungsfachhochschule München: stud. soz. *Petra Hieber* (LFI München)

Im Hinblick auf die zahlreichen Anfragen zur Theorie und Praxis dynamisch-psychiatrischer Ausbildung in den Instituten und Kliniken der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) möge der folgende Text allen Interessenten zur einführenden Information dienen:

Dynamisch-psychiatrische Ausbildung

Seit 1959 wurde von *Günter Ammon* und der von ihm entwickelten Berliner Schule die Dynamische Psychiatrie in Theorie und Praxis ständig weiterentwickelt. An zentraler Stelle steht der Begriff der Identität, der sowohl dem Verständnis der menschlichen Persönlichkeit wie auch psychischer

Krankheiten zugrunde liegt. Die Identität eines Menschen bedeutet seine Einmaligkeit und entwickelt sich ständig im Austausch mit seinen umgebenden Gruppen. In seinem Persönlichkeitsmodell versteht Ammon die Ich-Funktion und Ich-Strukturen als ein unbewußtes Potential, aus dem sich in der Kommunikation mit der umgebenden Gruppe und durch deren sozial-energetische Bestätigung die Ich-Struktur eines Menschen entwickelt. Das Unbewußte wird also als eine primär gegebene konstruktive Möglichkeit verstanden. Erst die Zufuhr von narzißtischer Zuwendung, d. h. Sozialenergie, ermöglicht die Bildung der Struktur. Die Ich-Struktur eines Menschen zeigt sich in seinen Gruppenbeziehungen und verändert sich mit ihnen. Dem Ausbildungskandidaten bietet die Institutsgruppe Sozialenergie in vielen Bereichen, nämlich über seine Lehranalyse hinaus durch die Tätigkeit in Lehre, Forschung, wissenschaftliches Arbeiten und Organisation. Somit ist dem Ausbildungskandidaten ein vielfaches Mehr an Auseinandersetzung möglich, über die lehranalytische oder therapeutische Situation hinaus.

Psychische Krankheiten versteht *Ammon* als entwicklungsgeschichtlich früh entstandene Störungen und Defizite, d. h. nicht geförderte Anlagen und Möglichkeiten, der Ich-Struktur und faßt sie unter dem Begriff der archaischen Ich-Krankheiten zusammen. Für den Ausbildungskandidaten bedeutet dies, sich nicht nur von alten Schwierigkeiten zu befreien sondern auch neue, bisher nicht geförderte Möglichkeiten zu entdecken.

Das theoretische Konzept der Dynamischen Psychiatrie entwickelte sich Hand in Hand mit ihrer Behandlungsmethodik, insbesondere der Methodik des ich-strukturellen Arbeitens. Ich-strukturelles Arbeiten heißt, sich mit der ganzen Person des Patienten oder auch des Ausbildungskandidaten auseinanderzusetzen, mit dem Ziel, ihm die Entwicklung defizitärer oder pathologisch deformierter Ich-Funktionen zu ermöglichen. Zentrales Anliegen sowohl jeder Therapie wie auch der Ausbildung ist die Identität eines Menschen, sie entwickelt sich in einem kontinuierlichen Auseinandersetzungsprozeß mit der therapeutischen bzw. Institutsgruppe. Von zentraler Bedeutung ist hierbei die Bearbeitung der destruktiven und defizitären Aggression, die beim Ausbildungskandidaten besonders häufig als passive Verweigerung und Unfähigkeit, Aufgaben zu übernehmen, in Erscheinung tritt. Pathologische Verhaltensweisen oder eine gestörte Wahrnehmung der Umwelt können dem Patienten oder Ausbildungskandidaten durch die Methode der Konfrontation deutlich gemacht werden, die aber immer nur zeitweise und auf der Basis von Güte und Zuwendung angewendet werden kann. Gerade der Beruf des Psychoanalytikers ist von großer sozialer Verantwortung, denn ihm wird ein Machtpotential anvertraut, das er keinesfalls mißbrauchen darf, was von den Herrschaftsbesessenen auf ihn projiziert wird. Der Psychoanalytiker ist immer einer, der verlassen wird; dies gilt genauso für den Lehranalytiker oder Institutsleiter. Umso befriedigender ist es dann, wenn er erleben kann, daß seine Schüler in eigener Praxis tätig sind und das, was sie selbst einst bekommen haben, weitergeben.

Die Psychoanalyse versteht den Menschen als grundsätzlich veränderbar. Dies bestimmt auch die Auswahlkriterien für die Ausbildungskandidaten; derjenige, der im Moment nicht sehr leistungsfähig ist, aber sich verändern kann, wird ein besserer Analytiker werden als jemand, der sich selbst für fertig hält und nicht bereit ist, sich zu verändern, denn auch der „fertige" Psychoanalytiker muß sich mit seinen Patienten zusammen verändern können. So meinen wir nicht, daß jemand, der „durchanalysiert" ist und glaubt, nie mehr selbst Schwierigkeiten haben zu können, Psychoanalytiker werden kann. Gerade der Analytiker, der in seiner Ausbildung gelernt hat, eigene Schwierigkeiten zu erleben und mit ihnen fertig zu werden, wird leidenden Menschen durch sein psychodynamisches Verständnis und sein Engagement helfen können.

Die Identitätsentwicklung des zukünftigen Analytikers wird ermöglicht durch Auseinandersetzung auf den verschiedenen Ebenen der Ausbildung: in der Einzel- und Gruppenlehranalyse, in der Kontrollanalyse, in der gruppendynamischen Gruppe, in der Milieutherapie, bei der Arbeit in der Institutsgruppe und in den theoretischen Seminaren. Das gesamte Ausbildungsinstitut versteht sich als ein flexibles gruppendynamisches System, in dem organisatorische, theoretische und wissenschaftliche Arbeit mit gruppendynamischem Arbeiten abwechselt. Hierdurch kann in der Ausbildung kognitives und emotionales Lernen integriert werden. Der junge Ausbildungskandidat kann schon früh an Forschungsprojekten beteiligt werden und in einem Forschungsteam mitarbeiten, durch Praktika im Psychoanalytischen Kindergarten und in einer Dynamisch Psychiatrischen Klinik werden für ihn neue Gruppensituationen geschaffen und damit neue Möglichkeiten der Auseinandersetzung. Auch kann der Ausbildungskandidat aufgefordert werden, Seminare zu leiten, d. h. die Möglichkeit von Gruppen nutzen zu lernen für die kreative Weiterentwicklung theoretischer Konzeption. Ein weiterer wichtiger Baustein der Psychoanalytischen Ausbildung ist die mannigfaltige gruppendynamische Ausbildung, die ihn später für präventive Arbeit befähigt.

Halbjährlich wird der Stand der Ausbildung diskutiert, so daß der Ausbildungsgang präsent ist und der Ausbildungskandidat bei Schwierigkeiten durch Modifikation seines Ausbildungsganges besondere Unterstützung bekommen kann.

Der Analytiker, der sich selbst in vielen Bereichen hat entwickeln können, wird auch bei seinem Patienten genügend flexibel sein, um dessen konstruktives Potential und seine kreativen Möglichkeiten freizulegen.

Dr. med. Brigitte Marsen, Lehranalytikerin, Leiterin des überregionalen Unterrichtsausschusses der DAP

Was ist Dynamische Psychiatrie

Nachkongreß der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) und der Dynamisch Psychiatrischen Klinik Menterschwaige
18./19. November 1980, München, Residenz – Bayerischer Hof

In Referaten, Arbeitsgruppen und in Kolloquien innerhalb der Patientengroßgruppe wird Theorie und Praxis der Dynamischen Psychiatrie vorgestellt und diskutiert unter Teilnahme in- und ausländischer Wissenschaftler, vornehmlich der Referenten des XII. Internationalen Symposiums der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 11. bis 16. November 1980 in Berlin zum Thema „Psychotherapie der Schizophrenie". Dieser Nachkongreß ist eine geschlossene Veranstaltung der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige und der Deutschen Gesellschaft für Dynamische Psychiatrie (DGDP). Da die Teilnehmerzahl begrenzt ist, sind Voranmeldungen erforderlich. Der Unkostenbeitrag für den Nachfolgekongreß im Herkulessaal der Residenz und im Bayerischen Hof am 18. 11. 1980 beträgt DM 100,–, für den Workshop in der Dynamisch Psychiatrischen Klinik Menterschwaige am 19. 11. 1980 DM 50,–.

Auskunft und Anmeldung bei:
Deutsche Gesellschaft für Dynamische Psychiatrie Geschäftsstelle, Geiselgasteigstraße 203, 8000 München 90

Briefe an den Herausgeber:

7th February, 1980

Dr. Günter Ammon
President, German Academy for Psychoanalysis
Chairman, X11th International Symposium of the DAP
The Dynamic-Psychiatric Hospital of Bavaria

Dear Dr. Ammon:

I am so happy to receive your letter of December 18th 1979. Owing to my absence from Peking (Peijing) during last two monthes, I have to apologize for not answering you promptly.

I shall be very glad to accept your invitation to attend the X11th International Symposium. It is not only a great honor and pleasure to, me but it will be a rare chance for us to learn western psychiatry. And besides, I strongly believe through this visit, we shall be able to promote our friendship between the Chinese and German psychiatrists.

Thank you again for your kindness and generosity.

With best Wishes.
Yours most sincerely.

Wu Chen-I, M. D.

Professor of Psychiatry, Peijing Medical College Superintendent, Peijing ANDING Psychiatric Hospital Chairman, Department of Medical Psychology, Peijing Medical College Vice President, Neuropsychiatric Society, CMA.

Jerusalem, 15. 2. 80

Liebe Herr und Frau Dr. Ammon,

Beiliegend schicke ich die korrigierte und druckbereite Arbeit über „Förderungsprojekte von sozialbenachteiligten Kindern in Israel". Der Vortrag über den Kibbutz ist noch nicht so weit, aber ich werde ihn demnächst auch bearbeiten.

Zurückkommend nach Israel fand ich sehr viel Arbeit, die auf mich wartete. Leider haben wir keine Weihnachtsferien und mein nächster Urlaub ist erst in Ostern (Pessah). Ich wünsche mir ein Jahr Urlaub aus meiner klinischen Arbeit, damit ich mehr zum Lesen und Schreiben komme und möglicherweise läßt sich das nächstes Jahr verwirklichen, da meine Schweizer Kollegen mir vorschlugen nach Zürich zu kommen und dort Supervisionen zu leiten und Seminare über Psychotherapie, – Analyse und Gruppenarbeit durchzuführen. Der Vorschlag ist für das nächste akademische Jahr, und wenn sich das verwirklichen läßt, könnte ich natürlich mehrere Male nach Deutschland kommen. Als erstes würde mich die Klinik in München besonders interessieren, da ich selbst in einer psychiatrischen Klinik tätig bin. Ich war auch sehr von der Gesamtkonzeption beeindruckt und von dem sympathischen Mitarbeiterteam.

Ich hoffe es geht Ihnen und den Kindern recht gut, und daß sie alle gesund und zufrieden sind. Ich habe den Aufenthalt in Travemünde sehr genossen und möchte mich bei Ihnen nochmals sehr bedanken. Ich fand die Zusammenkunft mit so vielen offenen und intelligenten Kollegen sehr bereichernd und habe mit einigen noch weiteren, vorläufig nur brieflichen Kontakt. Ich war anschließend noch im Berliner Institut und besuchte den Kindergarten und eine Panthergruppe. Ich war sehr beeindruckt vom Kindergarten, und es tat mir leid, daß weder ich noch meine Kinder den Kindergarten nicht selbst regulär besuchen konnten. So viel Kreativität und Möglichkeit Dinge zu erfinden und zu erforschen habe ich in keiner erzieherischen Institution gefunden, kombiniert mit Grenzensetzung und gewissen Frustrationen. Ich glaube auch, daß Freiheit in einer laissez-faire Atmosphäre nicht existieren kann. Anarchie ermöglicht keine Kreativität. Auch die graue Panther Gruppe be-

eindruckte mich sehr und ich versuche, bis jetzt ohne viel Erfolg eine solche hier aufzustellen.

Herzliche Grüße und hoffentlich auf ein baldiges Wiedersehen

Ihre Tamara Sternberg
Dr. phil., Psychoanalytikerin IPV,
Hebrew University

February 18, 1980

Frau Karin Wangemann, Dipl.-Soz.
Dynamic Psychiatry
1 Berlin 15, Wielandstraße 27/28
West Germany, Europe

Dear Frau Wangemann,

A couple of weeks ago I received your note of January 2 as well as the copy of the „Handbuch für Dynamische Psychiatrie". I was delighted to have it, and I have started to look at it. As Dr. Ammon knows, I am deeply appreciative of his work, this handbuch is no exception. What impressed me most about it is that it builds a bridge between European and American psychiatry, brings so much of the American thinking during the last years to Europe but at the same time does not give up some of the European values to look at problems. It is a happy marriage between the pragmatic, that aspect of European thinking that we call: „Geisteswissenschaft". While I myself am not editing a journal, I hope that I will be able to submit shortly a reveiw of Dr. Ammon's work in one of the psychoanalytic journals. I did send an inquiry, and I hope it is possible.

Would you please be kind enough to convey my warm greetings to Drs. Günter and Gisela Ammon?

I will be in Vienna again as guest professor between the end of April and the end of June. Perhaps an opportunity might open up so that I could see them and some of their associates. I owe them a communication which I had started to translate last year in Europe, but colleagues in Austria have not yet come through with the corrected and edited copy. Time, time, where does it go?

Thank you again for this beautiful book. With all the volumes by Ammon I am going to need new bookshelves.

Sincerely, Rudolf Ekstein, Ph. D.
Los Angeles, Kalifornien

Tbilisi, 25. 3. 1980

Sehr verehrter Herr Präsident,

haben Sie meinen herzlichen Dank. Mit Freude habe ich meinen Namen unter den Mitarbeitern Ihrer Akademiezeitschrift entdeckt. Ich will mir Mühe geben, Ihr Vertrauen zu rechtfertigen und die wissenschaftlichen Errungenschaften meines Landes in Ihrer berühmten Zeitschrift auf das würdigste zu vertreten. Ich bin fest davon überzeugt, daß eine umfassende Zusammenarbeit von Wissenschaftlern alle bedeutenden psychologischen Probleme unseres Jahrhunderts zu lösen vermögen. Eben von diesem Gedanken war auch das Internationale Symposium zu den Fragen des Unbewußten in Tbilisi 1979 getragen, zu dem Sie teilgenommen und zu dessen erfolgreichen Verlauf Sie persönlich wesentliches beigetragen haben. Ich wünsche Ihnen viel Erfolg bei Ihren höchst interessanten Initiativen, welche nach meiner Ansicht demselben edlen Wunsch entspringen, die Idee der wissenschaftlichen Zusammenarbeit und der Forschung von wichtigen psychologischen Problemen in die Tat umzusetzen. Auch möchte ich bei dieser Gelegenheit durch Ihre Zeitschrift all die Kollegen herzlich grüßen, welche die Idee der Zusammenarbeit mit uns teilen. Ich versichere Ihnen, Herr Präsident, daß ich und mein alter Freund Professor Bassin in der prinzipiellen Zusammenarbeit zwischen unseren Ländern aktiv teilnehmen werden.

Hochachtungsvoll
Apollon Sherozia
Professor der Staatsuniversität Tbilisi, Georgische Akademie der Wissenschaften

Die Psychoanalytische Kindergartenbewegung
Bericht über die überregionalen Arbeitswochenenden der Psychoanalytischen Kindergärten am 9./10. Februar 1980 in Berlin und am 15./16. März 1980 in Düsseldorf

„Die Psychoanalytische Kindergartenarbeit wird im Rahmen unserer Deutschen Akademie für Psychoanalyse immer mehr an Bedeutung gewinnen. Sie schließt mit der Grauen Panther Bewegung den weiten Bogen unserer Arbeit – einer Arbeit, mit der wir versuchen, menschliche Bezüge zu verändern und zu vertiefen, indem Anfang und Ende des Lebens mehr Beachtung geschenkt wird. In der Arbeit mit Kindern und deren Eltern sind wir dabei, die Familien zu verändern, Kindern die Möglichkeit zu geben, anders aufzuwachsen und sie dadurch in die Lage zu versetzen, selbst Einfluß auf ihr Leben zu nehmen, und zwar gegen psychische Krankheit, gegen Un-

menschlichkeit und gegen das Leid in dieser Welt. Dies ist in gewisser Hinsicht auch eine politische Arbeit im ursprünglichen Sinne des Wortes." Mit diesen Sätzen eröffnete *Gisela Ammon*, die Leiterin der überregionalen Kindergartenbewegung, das erste Arbeitswochenende der Psychoanalytischen Kindergärten, das am 9./10. Februar dieses Jahres im Berliner Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) stattfand. Auf der Arbeitstagung trafen sich mehr als 50 Mitarbeiter der Psychoanalytischen Kindergärten aus Berlin, München, Düsseldorf, Hamburg, Köln, Freiburg, Bremen, Erlangen, Heidelberg, Kiel, Mainz, Marburg, Passau, Regensburg, Saarbrücken und Stuttgart. Insbesondere was die wissenschaftliche Reflexion der Kindergartenbewegung angeht, die vor nunmehr 12 Jahren in Berlin ihren Anfang genommen hat, entwickeln sich diese Arbeitstagungen zu Foren von praktischer und theoretischer Weiterentwicklung.

Der erste Psychoanalytische Kindergartenkongreß der Deutschen Akademie für Psychoanalyse in der Kongreßhalle Berlin am 15. Juli 1979 (siehe Dyn. Psychiatrie, 12, 289–347) hat Akzente gesetzt für das Selbstverständnis aller Mitarbeiter in der Psychoanalytischen Kindergartenbewegung. So stand das erste Wochenende nach dem Kindergartenkongreß im Zeichen der Weite dieser Bewegung, in der viele Menschen ihre Zeit, ihre Kraft und ihre Idee einsetzen für Kinder, um immer wieder neue Wege der Pädagogik zu finden und zu leben.

Die Arbeit, die jeder einzelne von uns im Psychoanalytischen Kindergarten tut, ist von Bedeutung. Erzieher, die täglich mit Kindern zusammen sind, mit ihnen spielen, lernen, tanzen, musizieren, müssen sich jeden Tag aufs Neue den kindlichen Bedürfnissen stellen. Das bedeutet für den Erzieher Ausdauer und Stehvermögen, sich auch den kindlichen Aggressionen zu stellen, dem Kind ein Gegenüber zu sein in allen seinen Lebensäußerungen und nicht nur die Sonnenseiten des Kindes anzunehmen. Nur so kann das Kind Auseinandersetzung lernen, reif für das Leben und die Anforderungen dieses Lebens werden. Wir haben ein anderes Verständnis vom Kind, vom Kindsein, nämlich nicht von etwas, das sich auf einen bestimmten Punkt hin entwickeln soll, an dem es dann fertig für das Leben ist. Ziel der Psychoanalytischen Pädagogik ist es, die Kinder auseinandersetzungsfähig zu machen. Kinder sollen erfahren, wer sie selber sind, daß sie eigene Bedürfnisse haben dürfen, daß sie darüber mit anderen Kindern und Menschen in Kontakt treten können. Dies geben wir den Kindern mit auf ihren Lebensweg. Dies ist ebenso wichtig wie schwierig. Wir haben kein Bild von einem fertigen Kind, von einem Menschen wie er sein soll; unser Anliegen ist es, daß der Mensch, und insbesondere der heranwachsende Mensch, in der Lage ist, seinen Weg zu finden und weiterzugehen. Dies führte *Gisela Ammon* bei der Eröffnung aus. Im Rahmen der Psychoanalytischen Pädagogik nimmt die Supervision einen besonderen Stellenwert ein. Denn die Situation des Erziehenden wird verstanden als Basis des voneinander lernenden Wachsens von Kindern und

Erziehern. In ihrem Vortrag über die Supervisionsarbeit in der Dynamischen Psychiatrie und somit auch in den Kindergärten, zeigte *Gisela Ammon* Supervision als den gemeinsamen Prozeß einer Auseinandersetzung. Sie ist kein intellektuelles Geschehen, es geht dabei weder um Ratschläge noch um die Vermittlung von Theorie, sondern sie ist vielmehr lebendiger Austausch täglicher praktischer Erfahrung mit Kindern, Eltern und dem Mitarbeiterteam unter der Leitung einer zentralen Person, die psychoanalytisch und gruppendynamisch ausgebildet ist. Supervisionsarbeit heißt in einem ersten Schritt, daß die Erzieher sich in einer lebendigen Gruppe erfahren, sich selber ernstnehmen lernen mit vielfältigen Gefühlen von Freude, Wut, Trauer und Angst. Darüber entsteht Kontakt zwischen den Mitarbeitern, der dem einzelnen Veränderung und Wachstum ermöglicht. So wie die Supervisionsgruppe miteinander umgeht, soweit hier Auseinandersetzung möglich ist, in dem Maße wird jeder einzelne Erzieher das Erlebte spiegelbildlich an seine Kindergruppe weitergeben. Erwachsene Menschen können Kinder mit ihren Ängsten, mit ihren bangen Gefühlen, mit ihrer Freude und mit ihrer Befriedigung, in ihrem sozialenergetischen Spannungsfeld (*Günter Ammon*) nur verstehen, wenn sie sie selbst Zugang und Verständnis für ihre eigene emotionale und gruppendynamische Situation haben.

Gisela Ammon hat für diese Auffassung von Supervision folgende Ebenen herausgearbeitet (*Gisela Ammon 1978*): Auf der Ebene der Realität geht es in erster Linie um die äußere Fürsorge und Sicherheit für die Kinder, um organisatorische Schwierigkeiten und Probleme, die die tägliche Arbeit begleiten. Diese äußere Gruppengrenze ist als notwendige Basis für die gruppendynamische und ich-strukturelle Arbeit anzuerkennen und immer wieder herzustellen. Als Grundsatz gilt: Eine Gruppe ist so gut, je weniger konkret auf dieser Realitätsebene gearbeitet werden muß.

Schließlich wird in der Supervision auf der Balint- und gruppendynamischen Ebene gearbeitet, d. h. Beziehungen untereinander, Beziehungen zu den Kindern werden untersucht, interpretiert und verstanden. Fragen, wie sich jeder einzelne im Team darstellt, welchen Platz er einnimmt, ist er Mitläufer, steht er am Rand usw., stehen im Vordergrund. Der Aspekt des eigenen Erlebens und die bewußte Erfahrung des gruppendynamischen Prozesses in der Kontrollgruppe und damit verbunden die Bereitschaft zur Veränderung, sind Grundbedingungen für die psychoanalytisch pädagogische Arbeit mit den Kindern. Die Kontrolle in der Supervision ist die Realität selbst; verändert sie sich zum Besseren, lösen sich Probleme, dann haben wir das emotionale Geschehen verstanden, ist dies nicht der Fall, dann müssen wir weiterforschen, dann haben wir den falschen Ansatz.

Diese Essentials von Supervisionsarbeit regten eine lebendige Diskussion unter den Mitarbeitern an. Anschließend folgte die Selbstdarstellung der Kindergärten und der Kinder- und Jugendlichengruppen in den Instituten und Arbeits- und Studiengruppen der DAP. Hier zeichnete sich deutlich das besondere Profil jedes einzelnen Kindergartens ab, das trotz des gemeinsa-

men theoretischen Konzepts, aufgrund einer je spezifischen Geschichte seine einzigartige Gestalt hat.

Der Notwendigkeit und dem Bedürfnis psychoanalytisch pädagogische Arbeit in bezug auf altersspezifische Probleme und anstehende Prozesse in ihrem präventiven Anliegen genauer zu fassen, wurde in den themenzentrierten Arbeitsgruppen und im Rahmen des Kolloquiums über Forschungsmethodik Raum gegeben:

Erfahrung zur Gruppenfähigkeit von zweijährigen Kindern: *Annegret Kurz, Agnes Wiehl-Volbehr*

Die Loslösungsdynamik der Kinder von ihren Eltern ist ein Prozeß, der besonders in den ersten Monaten einen entscheidenden Stellenwert in der Gruppe der Zweijährigen einnimmt. Parallel dazu entstehen erstmals kontinuierliche Kontakte zu Menschen, die nicht zum engen Kreis der Familie gehören. In der Diskussion ging es im Wesentlichen um die Bedürfnisse der Kinder, die sich vorwiegend auf der Körperebene ausdrücken, z. B. beim Wickeln, beim gemeinsamen Schlafen, miteinander essen, spielen und wie diese kindlichen Mitteilungen und Kommunikationsangebote verstanden, angenommen, erfüllt und auch abgegrenzt werden können. Darüber hinaus wurde an der Frage gearbeitet, wie der Tag in der Gruppe der Zweijährigen strukturiert werden kann, so daß die Kinder in einem geschützten Raum Sicherheit und Vertrauen erfahren und aus dieser Erfahrung heraus sich um die zentrale Person der Erzieherin eine Gruppe mit flexiblen Grenzen entwikkeln kann.

Die Gruppendynamik in der Kindergruppe der drei- bis vierjährigen: *Monique Hartz*

Die gewachsene äußere Struktur der Dreijährigen-Kindergruppe schafft den notwendigen Raum für die in dieser Alterstufe wesentliche Auseinandersetzung um vertiefte Beziehungen in der Gruppe. Die dadurch gewonnene Sicherheit des einzelnen Kindes im Beziehungsgeflecht der Gruppe ermöglicht dann ein kreatives und spielerisches Erforschen der Umwelt, ein Entdecken und Erkunden der näheren und weiteren Umgebung als auch ein spielerisches Umgehen mit der kindlichen Sexualität. In der Diskussion nahm die Auseinandersetzung mit dem Problem der Außenseiter in einer Gruppe einen breiten Raum ein. Außenseiter sind meist die Aggressions- und Gefühlsträger der Gruppe. Durch die Kontrollarbeit mit Erziehern und Eltern, deren Gefühle dem betreffenden Kind gegenüber wird eine entlastende Distanz und die Möglichkeit einer neuen Beziehungsebene für dieses Kind geschaffen.

Psychoanalytisch pädagogische Vorschularbeit mit der Gruppe der Fünfjährigen: *Magdalene Storm*

Sie unterscheidet sich von herkömmlicher Vorschularbeit dadurch, daß sie nicht mit isolierten Trainingsprogrammen arbeitet, sondern kognitives Ler-

nen in enger Verbindung steht mit dem emotionalen Lernen, dem emotionalen, gruppendynamischen Klima der Gruppe. Das Erlernen von manuellen Fertigkeiten und intellektuellen Fähigkeiten ist somit verbunden mit einer bewußten Auseinandersetzung in gruppendynamischen Prozessen. Im Rahmen der täglichen Vorschularbeit werden die Kinder auf einen wichtigen Identitätsschritt vorbereitet: auf ihren Einstieg in die Schule und damit die Konfrontation mit einer gesellschaftlichen Realität, die von den Kindern in großen Klassenverbänden und meist unüberschaubaren, riesigen Gebäuden Lernbereitschaft und Lernfähigkeit voraussetzt, ohne selbst die Bedingungen, die emotionale und zwischenmenschliche Komponente des Lernens zu berücksichtigen bzw. zu schaffen. Die Gruppe der Vorschulkinder spielt Schule mit austauschbaren Rollen: Lehrer, Schüler, Schuldirektor usw., sie besucht die Schule und die Kinder nehmen immer wieder Kontakt auf zu den Hortkindern des Kindergartens.

Psychoanalytisch pädagogische Hortarbeit: *Rosemarie Fleck, Monika Bekemeier*

Im Mittelpunkt steht die Erweiterung des Lebensbereichs der Schulkinder um die Realität Schule, die die Kinder vor vorwiegend sach- und leistungsorientierte Anforderungen stellt, wobei das gruppendynamische Geschehen, die Beziehungen im Klassenverband mit meist mehr als 30 Kindern nicht berücksichtigt wird.

Die Situation in den Hortgruppen zeichnet sich einmal durch das zunehmende Bedürfnis der Kinder nach Selbständigkeit aus. Zum anderen wird immer wieder deutlich, wie viel Hilfe und Schutz die Heranwachsenden bei den anstehenden Identitätsschritten brauchen. Eine zentrale Rolle dabei spielt die vorpubertäre Sexualität bzw. die beginnende Pubertät, d. h. die erotischen Kontakte der Kinder und Jugendlichen bekommen eine neue Qualität und können in kreativer Weise nur im Schutz der Gruppe gelebt werden, – in einer Gruppe mit Erziehern, die Sexualität nicht tabuisieren, zur Auseinandersetzung offen sind, und mit den Übertragungen der Kinder in bezug auf ihre sexuellen Phantasien umzugehen versuchen. Die Auseinandersetzung mit der Sexualität war besonders auch im Hinblick auf die Kindergruppenreisen von zentraler Bedeutung.

Auch in dieser Arbeitsgruppe ging es immer wieder um die sinnvolle Strukturierung des Hortalltages, wo die schulische Realität mit ihren Anforderungen, z. B. den Hausaufgaben, Beziehungen und Freundschaften in der Gruppe, sowie freies Spiel und Projekte ihren Platz haben.

Die Arbeitsgruppen zu spezifischen Problemen in den verschiedenen Altersgruppen werden kontinuierlich fortgesetzt und ihre Ergebnisse u. a. beim Kindergartenkongreß im Juli dieses Jahres in der Berliner Kongreßhalle einer breiten Öffentlichkeit vorgestellt werden.

Forschungsmethodik: *Wolfgang Rock, Agnes Wiehl-Volbehr*

Beim Thema Forschungsmethodik in den Psychoanalytischen Kindergärten ging es darum, Tests und Fragebögen als integrierten Bestandteil der täglichen psychoanalytisch-pädagogischen Praxis zu verstehen. Ich-strukturelle Tests (wie z. B. die Aggressionsfragebögen), projektive Tests (die als Mal- und Zeichentests die intrapsychische Situation der Kinder abbilden helfen), die gruppendynamischen Tests (z. B. Soziogramme) und nicht zuletzt die kontinuierlichen Viedeoaufzeichnungen in den Kinder- und Elterngruppen als auch der Supervisionsgruppen der Mitarbeiter, halten die psychoanalytisch-pädagogische Praxis fest. Sie sind damit ein wichtiges Hilfsmittel für den Erzieher, die Gruppendynamik der Gruppe und die Ich-Struktur der einzelnen Kinder zu erfassen und die Ergebnisse im Sinne gruppendynamischen und ich-strukturellen Arbeitens zu nutzen; zum anderen ist diese Forschung als Bestandteil unserer präventiven Arbeit ein wichtiger Beitrag für die Längs- und Querschnittsforschung in unseren Kindergärten.

Elternarbeit: *Gisela Ammon*

Die Videoaufnahme eines Elternabends stand im Mittelpunkt der das Wochenende abschließenden Diskussion. Gezeigt wurde eine schwierige Situation in einer Elterngruppe, wobei die gesamte Erziehergroßgruppe in eine emotionale Auseinandersetzung um das im Film gezeigte Geschehen einstieg und damit praktische Supervisionsarbeit leistete. Hier wurde noch einmal ein grundlegendes Prinzip unserer Arbeit deutlich: es geht nicht um ein perfektes Funktionieren, sondern vielmehr um das Öffentlich-Machen von und ein in Kommunikation Treten um Probleme und schwierige Situationen des pädagogischen Alltags.

Die Kinder des Berliner Kindergartens bildeten mit der Ausstellung ihrer Kunstwerke und ihrem Theaterstück, in dem die beiden Hortgruppen in Anlehnung an das ‚Dschungelbuch' sich selbst der Kindergarten- und Institutsgroßgruppe vorstellten, den Abschluß des Wochenendes. Diese mit viel Freude und Spaß verfolgte Selbstdarstellung der Kinder machte wieder einmal deutlich, wie Raum zum Wachstum der heranwachsenden Kinder und Jugendlichen zur Verfügung gestellt und wie eine kreative Entwicklung ermöglicht wird.

Das Berliner Wochenende, bestimmt vom Erfahrungsaustausch und der Kommunikation der Mitarbeiter, wurde zum Meilenstein für die Intensivierung und Differenzierung der präventiven Praxis unserer Psychoanalytischen Kindergartenbewegung.

Am 15./16. März 1980 wurde die hier begonnene Arbeit mit dem 2. überregionalen Kindergarten-Wochenende im Düsseldorfer Lehr- und Forschungsinstitut der DAP fortgesetzt.

Im Mittelpunkt dieses Treffens stand die intensive Auseinandersetzung um den Stellenwert und die Bedeutung der Kindergruppenreisen nach Stel-

zerreut, die seit nunmehr acht Jahren ein integrierter Bestandteil unserer Kinder- und Elternarbeit sind.

Die zentralen Fragen in der von *Gisela Ammon* geleiteten Arbeitsgruppe „Kinderreisen" waren: was verändert sich bei den Kindern, welche Entwicklungsmöglichkeiten und welche Erweiterung der Ich-Funktionen werden offen, wenn Kinder im Alter von 3 bis 7 Jahren getrennt von der Familiensituation für zwei Wochen mit ihrer Kindergruppe, ihren Erziehern zusammenleben. Wie verändert sich die Familiendynamik, die Situation der Eltern, wenn das Kind für längere Zeit von der Familie getrennt ist. Für den Erzieher bedeutet dies, daß er für einen längeren Zeitraum für Tag und Nacht voll die Verantwortung für die Kinder übernimmt, was meist zur Folge hat, daß die Erzieher im Zuge dieser Reisevorbereitung und Reiseerlebnisse die Eltern besser verstehen und von einer ausschließlich fordernden Haltung den Eltern gegenüber meist Abstand nehmen.

Die Kindergarten-Arbeitstagung in Düsseldorf fand im Rahmen eines Gruppendynamischen Balintwochenendes statt, gemeinsamer Höhepunkt war Günter Ammons Vortrag „Über die unbewußte Strukturierung und gruppenabhängige Entwicklung der Persönlichkeit". *Ammon* führte primär das Unbewußte als konstruktives Potential aus, als gewachsene und wachsende Struktur. Das unbewußte zentrale Ich ist damit die Grundlage der Persönlichkeit, ein nie zu Ende zu denkendes Potential menschlicher Entwicklungsmöglichkeiten. Diese theoretische Ausgangsposition schafft für die Erziehung einen optimistischen Ansatzpunkt, im Gegensatz zum biologistisch, reduktionistischen negativen Begriff des Unbewußten in der Freud'schen Triebtheorie.

Seinen Abschluß fand das Wochenende mit der Arbeitsgruppe über die „Bedeutung von Kinderbildern für die pädagogische Praxis der Psychoanalytischen Kindergärten". Unter der Leitung von *Gisela Ammon* wurde in eindringlicher Weise erfahren, welche Aussagen und Bedeutungen, welches Kommunikationsangebot in Kinderbildern und Kinderzeichnungen enthalten ist. Die Sprache des Kindes zu verstehen, sie zu beantworten und dies zu reflektieren, in immer methodischerer Weise wird immer ein Grundsatz der Psychoanalytischen Kindergartenbewegung sein. Im Bewußtsein und Selbstverständnis, einen immer wissenschaftlicheren Weg zu entwickeln und zu differenzieren, schloß die 2. Arbeitstagung der Psychoanalytischen Kindergartenbewegung mit großer Erwartung und Freude auf den 2. Psychoanalytischen Kindergartenkongreß in Berlin am 13. Juli 1980 in der Kongreßhalle.

Rosemarie Fleck, Monika Bekemeier (Berlin)

Psychoanalytische Kindergärten

der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (DGG)
und der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP)

Mitglied im Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband

II. Kongreß der Psychoanalytischen Kindergärten

Thema: **Persönlichkeitsentwicklung und Gruppe**

am Sonntag, dem 13. Juli 1980

Kongreßzentrum Berlin (ICC)

Wissenschaftliche Leitung: Gisela Ammon
Organisatorische Leitung: Rosemarie Fleck

10.00 Uhr Eröffnung:

Gisela Ammon, Psychoanalytische Kindergärten DGG/DAP

Vertreter der Psychoanalytischen Kindergärten:

Berlin: *Rosemarie Fleck*
München: *Ulrike Harlander*
Hamburg: *Karl-Josef Pazzini*
Düsseldorf: *Magdalena Storm*

Günter Ammon, Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP)

Vertreter der Ausbildungsinstitute der DAP:

Berlin:	Dipl. Psych. *Wolfgang Rock*
München:	*Ulrike Harlander*
Hamburg:	Dr. med. *Reinhild Geier*
Düsseldorf:	Dipl. Psych. *Andreas von Wallenberg Pachaly*
Köln:	Dipl. Psych. *Fotini Ladaki*
Freiburg:	Dipl. Soz. *Karin Wangemann*

Vertreter der Arbeits- und Studiengruppen der DAP:

Bremen:	*Ursula Schmidt*
Erlangen:	*Dörte Griepenstroh*
Heidelberg:	Dipl. Psych. *Wolfgang Rock*
Kiel:	*Karl-Josef Pazzini*
Mainz:	Dr. med. *Hartwig Vollbehr*
Marburg:	Dr. med. *Hella Kleucker*
Passau:	*Elisabeth Absmeier*
Regensburg:	Dr. *Gertraud Reitz*
Saarbrücken:	Dipl. Psych. *Ingo Hartmann*
Stuttgart:	*Burkhard Gülsdorff*

11.00 Uhr *Gisela Ammon* (Berlin):
„Die Entwicklung der Psychoanalytischen Pädagogik"

11.30 Uhr *Wolfgang Rock* (Berlin):
„Intelligenz und Kreativität"

12.00 Uhr *Fotini Ladaki* (Köln):
„Psychoanalytische Pädagogik und Transkulturelle Entwicklungspsychologie"

12.30 Uhr *Hartwig Volbehr* (Berlin):
„Drogensucht als Problem der Persönlichkeitsentwicklung"

13.00–14.00 Uhr Mittagspause

13.00–13.30 Uhr Pressekonferenz
Leitung: Dipl. Soz. Karin Wangemann

Parallelveranstaltungen

14.30 Uhr *Rosemarie Fleck* (Berlin)
„Gruppendynamische Balintarbeit für Erzieher und Pädagogen"

15.00 Uhr *Agnes Wiehl-Volbehr* (Berlin)
„Das Übergangsobjekt, Veränderungen im Verlauf der Kindertherapie"

15.30 Uhr *Helma Sick* (München)
„Mißhandelte Frauen – mißhandelte Kinder"

14.30 Uhr *Burkhard Gülsdorff* (Berlin)
„Früherkennung von Depression bei Kindern"

15.00 Uhr *Karl-Josef Pazzini* (Hamburg)
„Identitätserweiterung des Lehrers durch gruppendynamische Balintarbeit"

15.30 Uhr *Magdalena Storm* (Düsseldorf)
„Über den Zusammenhang von Eßstörungen und Gruppenfähigkeit im Psychoanalytischen Kindergarten"

16.00–17.30 Uhr Diskussionsgruppen

18.00–19.30 Uhr Arbeitsgruppen
Spezielle Problematik bei der Arbeit mit:

AG I	AG II	AG III	AG IV	AG V
2–3jährigen	Kindergartenkinder 3–5 Jahre	Vorschul-Kinder	Hortkinder	Elternarbeit

Alle Arbeitsgruppen mit Video-Vorführung

19.30–20.00 Uhr Farewell

Unkostenbeitrag: DM 50,–

Geschlossene wissenschaftliche Veranstaltung der DAP/DGG. Teilnahme nur nach Genehmigung durch das wissenschaftliche Kommitee des Kongresses.

Anmeldung/Information:
Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik (LFI)
Tel. 881 80 50

Psychoanalytischer Kindergarten der DAP/DGG Berlin
Tel. 883 45 31

Änderungen vorbehalten

Der Kongreß wird vom Senat der Stadt Berlin als im öffentlichen Interesse liegend gefördert.

Gustav Hans Graber

Gesammelte Schriften

BAND I	Tiefenpsychologische Erziehung und Kinder-Psychotherapie
BAND II	Tiefenpsychologie von Mann und Frau
BAND III	Psychotherapie als Selbstverwirklichung
BAND IV	Literarische Schriften

Dr. Gustav Hans Graber ist der Begründer und Hauptvertreter der Pränatalen Psychologie; er „ist einer der – immer spärlicher werdenden – methodisch und materiell gut fundierten ernsten Freudschen Psychoanalytiker, die nicht an dieser Grundlage kleben, sondern sich über sie hinaus zur eigenen Konzeption erheben." (Der Bund, Bern); Es ist ihm gelungen, seine fundierten Kenntnisse als Psychologe, als Psychotherapeut und seine praktischen Erfahrungen als Analytiker „klar und allgemein verständlich, dabei glänzend, stellenweise direkt spannend" darzustellen (Der Bund, Bern).

Mit der Neuausgabe seiner „Gesammelten Schriften" verfolgt **Dr. Gustav Hans Graber** den Zweck, die Ergebnisse und Etappen seiner fünf Jahrzehnte dauernden Forschung und therapeutischen Tätigkeit zusammenzufassen. Im Mittelpunkt stehen die Erkenntnisse über das unbewußte Selbst im intrauterinen Dasein, über das Trauma der Geburt und deren Auswirkungen auf die nachgeburtliche Lebensgestaltung und die geistig-seelische Verwirklichung des bewußten Selbstes.

PINEL PUBLIKATIONEN BERLIN