Dynamische Psychiatrie

Dynamic Psychiatry

1. und 2. Jahrgang

1968—1969

Verlag H. Heenemann GmbH

für das Lehr- und Forschungsinstitut für Psychodynamische Psychiatrie und Gruppendynamik, Berlin

Inhalt / Contents

	Jahrg., Heft vol. No.	Seite Page
Nathan W. Ackerman, M. D. (New York):		
The Functions of a Family Therapist: A Personal Viewpoint	1—2,	99
Die Aufgaben eines Familientherapeuten	1—2,	108
Dr. med. Günter Ammon (Berlin):		
Dynamische Psychiatrie	1—1,	6
Dynamic Psychiatry	1—1,	16
Herrschaft und Aggression: Zur Psychoanalyse der Aggression ...	2—3,	122
Authority and Aggression; On Psychoanalysis of Aggression	2—3,	133
Oralität, Identitätsdiffusion und weibliche Homosexualität (Eine psychoanalytische Studie)	2—1/2,	63
Orality, Identity Diffusion and Female Homosexuality (A psychoanalytical study)	2—1/2,	79
— mit Rudolf Ekstein, Ph. D., Prof. (Los Angeles):		
Freuds Psychoanalyse: Perspektiven 1968 für Europa und Amerika	1—1,	46
Stephen A. Appelbaum, Ph. D. (Topeka):		
Psychological Testing for the Psychotherapist	2—3,	158
Psychologische Testuntersuchungen für den Psychotherapeuten ..	2—3,	161
Robert H. Barnes, M. D. Prof. (Kansas City):		
Psychodynamic Psychiatry: Perspectives USA 1968	1—2,	82
Psychodynamische Psychiatrie: Perspektiven USA 1968	1—2,	90
Leopold Bellak, M. D., Prof. (New York):		
The Systematic Diagnosis of the Schizophrenic Syndrome	2—3,	148
Die systematische Diagnose des Schizophrenie-Syndroms	2—3,	156
Dr. med. Theodor Dosužkov (Praha):		
Wortlose Kommunikation bei der Hysterie	1—2,	74
Wordless Communication in Hysteria	1—2,	81
Rudolf Ekstein, Ph. D., Prof. (Los Angeles):		
An den Herausgeber	1—1,	4
— mit Dr. med. Günter Ammon:		
Freuds Psychoanalyse: Perspektiven 1968 für Europa und Amerika	1—1,	46
Thomas Freeman, M. D. (Antrim):		
Psycho-analytic Aspects of Diffuse Cerebral Degeneration	2—1/2,	83
Psychoanalytische Aspekte der diffusen cerebralen Degeneration	2—1/2,	93
Martin Grotjahn, M. D. (Beverly Hills):		
Das analytische Gruppenerlebnis im Rahmen der psychotherapeutischen Ausbildung	2—1/2,	2
The Analytic Group Experiences in Psychotherapeutic Training	2—1/2,	11
— und Phillip Wells, M.D.:		
Aspekte in der psychiatrischen Therapie, die die schizophrene Reaktion fördern und erhalten	1—1,	31
Schizophrenogenetic Trends in Therapy	1—1,	33
Peter Hartocollis, M. D., Ph. D. (Topeka):		
A Dynamic View of Alcoholism: Drinking in the Service of Denial	2—3,	173
Eine dynamische Betrachtungsweise des Alkoholismus: Trinken zum Zweck der Verleugnung	2—3,	180

Hans A. Illing, Ph. D. (Beverly Hills):
Die Rückkehr in die Gruppe: Zur Dynamik der vorzeitigen Beendigung der Gruppenpsychotherapie ..... 2—3, 164
Returning to the Group: Dynamics of Pseudo-Termination in Group Psychotherapy ..... 2—3, 171

Morris M. Kessler, M. D. (Cleveland):
Use of Familiar Dynamic Considerations to Explain the Schizophrenic Process ..... 2—1/2, 40
Die Deutung des schizophrenen Prozesses mit bekannten dynamischen Konzeptionen ..... 2—1/2, 47

M. Masud R. Khan (London):
Reparation to the Self as an Idolised Internal Object ..... 1—2, 92
Die Reparation des Selbst als eines idolisierten inneren Objekts ... 1—2, 97

Dietrich v. Kries, Dipl.-Psych. (Berlin):
Zur Kritik an der Aggressionstrieb-Hypothese ..... 2—3, 144
On the Criticism of Aggression Drive Hypothesis ..... 2—3, 146

Lawrence Kubie, M.D., Prof. (Baltimore):
Die Beziehungen der Psychose zum neurotischen Prozess ..... 1—1, 35
Summary ..... 1—1, 44

Karl Menninger, M.D., Prof. (Topeka):
Introduction ..... 1—1, 3

Raoul A. Schmiedeck, M.D., Ph. D., Prof. (Westport):
Zur Psychodynamik von Tod und Trauer ..... 1—2, 110
The Psychodynamics of Death and Mourning ..... 1—2, 119

Priv.-Doz. Dr. Dr. med. W. Schumacher (Gießen):
Über verschiedene Techniken der psychiatrischen Exploration und ihre Anwendungsbereiche ..... 2—1/2, 50
The Psychiatric Interview with different Techniques and Applications ..... 2—1/2, 60

Prof. Dr. med. Hans Strotzka (Wien):
Zur Kritik von Herbert Marcuses Freud-Interpretation ..... 2—3, 134
Criticism of Herbert Marcuse's Freud Interpretation ..... 2—3, 141

Ernst Ticho, Ph. D. (Topeka):
Psychoanalyse und Psychotherapie ..... 2—1/2, 28
Psychoanalysis and Psychotherapy ..... 2—1/2, 37

Phillip Wells, M.D., mit Martin Grotjahn, M.D., (Berverly Hills):
Aspekte in der psychiatrischen Therapie, die die schizophrene Reaktion fördern und erhalten ..... 1—1, 31
Schizophrenogenetic Trends in Therapy ..... 1—1, 35

Leighton Whitaker, Ph. D., Prof. (Denver):
Die dynamische Psychiatrie und ihre Entwicklung in den Vereinigten Staaten ..... 1—1, 19
Dynamic Psychiatry and its Development in the United States ... 1—1, 29

D. W. Winnicott, M. D. (London):
A Link between Paediatrics and Child Psychology — Clinical Observations — ..... 2—1/2, 13
Eine Verbindung zwischen Kinderheilkunde und Kinderpsychologie — Klinische Beobachtungen — ..... 2—1/2, 24

Allgemeine Rubriken / General Topics

1. Buchbesprechungen / Reviews

Alice Balint: Psychoanalyse der frühen Lebensjahre. (Berta M. Haub) 2—1/2, 108
Leopold Bellak: The Broad Scope of Psychoanalysis. (Gerhard Hoffmann) 2—3, 187
Arthur Burton: Psychotherapy of the Psychoses. (Michael Bislich) 1—1, 59
Igor A. Caruso: Die Trennung der Liebenden. (Anne Thurn) 2—1/2, 108
J. Cremerius: Die Prognose funktioneller Syndrome. (A. E. Meyer) 2—1/2, 107
J. E. Dominique Esquirol: Von den Geisteskrankheiten. (Hans A. Illing) 2—1/2, 110
Anna Freud: Einführung in die Technik der Kinderanalyse. (Rudolf Ekstein) 2—1/2, 104
Anna Freud: Wege und Irrwege in der Kinderentwicklung. (Jacques Berna) 2—3, 190
Angel Garma: The Psychoanalysis of Dreams. (Erich Simenauer) 1—2, 127
John Kosa: The Home of the Learned Man. (Gus Woltmann) 2—3, 193
Karl Menninger; Martin Mayman and Paul Pruyser: The Life Process in Mental Health Illness. (Michael Bislich) 1—1, 60
David Rapaport: Organization and Pathology of Thought. (Michael Bislich) 1—1, 61
Helga Reimann: Die Mental-Health-Bewegung. (Peter Moldenhauer) 1—1, 109
Roy Schafer: Aspects of Internalization. (Linda Hilles) 1—1, 126
Charles W. Socarides: The Overt Homosexual. (E. A. Rappaport) 2—1/2, 106
Hans Thomae: Das Individuum und seine Welt: Eine Persönlichkeitstheorie. (Gus Woltmann) 2—3, 191
Heinz Wiegmann: Der Neurotiker in der Klinik. (Hans A. Illing) 2—1/2, 111

2. Hochschulpsychiatrie / College Psychiatry

Gerhard Hoffmann: Hochschulpsychiatrie in den USA 2—12, 96
Gerhard Hoffmann: Sozialer Aufstieg und psychische Störungen bei Studenten 2—3, 183

Beratungsstellen:
Beratungsstelle Berlin 1—1, 52
2—3, 183
Advisory Service Berlin 1—1, 57
2—3, 187
Beratungsstelle Göttingen 1—2, 121
Beratungsstelle München 2—1/2, 99
Advisory Service Munich 2—1/2, 103

3. Kongreß- und andere Nachrichten / Conventions and other News 1—1, 61
2—1/2, 111
2—3, 194
2—3, 197

4. Mitteilungen des Lehr- und Forschungsinstituts / Communications of the Lehr- und Forschungsinstitut 1—1, 65
1—2, 135
2—1/2, 114
2—3, 201

5. Biographische Daten / Biographical Notes 1—1, 65
1—2, 136
2—1/2, 118

Sachindex

(Die Zahlen geben in der Reihenfolge Jahrgang — Heft, Seite des Verweises an)

Aggression 2—3, 122ff., 144ff.
  destruktive — 2—3, 123f., 145
  konstruktive — 2—3, 123
  -strieb 2—3, 144ff., 123
  angeborener — 2—3, 123ff.
  — und Herrschaft 2—3, 122ff.
  — und Libido 2—3, 130
Agieren
  in der psychoanalytischen Behandlung 1—1, 61
Alkoholismus
  — in dynam. Betrachtungsweise 2—3, 180ff.
American Psychiatric Association 1—1, 22
Analytiker
  Analyse von Analytikern 2—1/2, 3ff
  Narzißmus des —s. 2—1/2, 10
  Neutralität des — 2—1/2, 31
Ausbildung
  analytisches Gruppenerlebnis i. d. psychother. — 2—1/2, 2ff.
  — am Lehr- und Forschungsinstitut 1—1, 25
  — von Psychiatern 1—1, 8, 11, 12, 25
Autorität 2—3, 129

Beratungsstelle, psychotherapeutische
  — für Studenten 1—1, 52ff., 1—2, 121ff, 2—1/2, 99ff., 2—3, 183ff.
Bewußtseinsprozeß 1—1, 35

Community-Mental-Health-Bewegung 1—1, 26, 27, 1—2, 91 2—1/2, 109

Dualtrieblehre 2—1/2, 123f.
Dynamische Psychiatrie 1—1, 5, 6, 7, 12, 2—1/2, 112
  Ausbildung in — 1—2, 8, 1—1, 12, 49, 65, 2—1/2, 2ff.
  Behandlungsprogramm der — 1—1, 7
  Entwicklung d. — in den USA 1—1, 21, 47, 1—2, 90,
  psychoanalyt. Forschung in — 2—1/2, 2ff.
  — als Motivations- und Triebspsychologie 1—1, 23
  berufliche u. politische Organisation d. — 1—1, 27
  Systemtheorie in der — 1—2, 91

Erfahrungsfähigkeit 2—3, 125
Erziehung 2—3, 127ff.
Exploration 2—1/2, 51ff.
  phänomenologisch-objektivierende — 2—1/2, 52
  dynamisch-verstehende — 2—1/2, 59

Familie
  — als Gesellschaft des Kindes 2—3, 128
  Familienneurose 2—1/2, 5
  Familientherapie 1—1, 62
  Familientherapeut 1—2, 109

Gruppe
  — in der psychotherapeutischen Ausbildung 2—1/2, 5f.
  didaktische — 2—1/2, 7f.
  zentrale Figur in der — 2—1/2, 8
  in der Analytiker- 2—1/2, 9
  Rückkehr in die — 1—2, 164ff.
Gruppendynamik 1—1, 8 2—3, 194ff.
  Gruppenerlebnis in psychother. Ausbildung 2—1/2, 2ff.
Gruppentherapie 1—1, 8
  Gruppendynamik in der — 1—1, 8
Gruppenpsychotherapie 2—1/1, 111, 112, 2—3, 196ff., 202
  vorzeitige Beendigung der — 2—3, 164ff.

Halluzination 1—2, 134
Heil- und Pflegeanstalten
  hierarchisch-autoritäres Modell der — 1—1, 9
  Umstrukturierung der — 1—1, 10
Herrschaft 2—3, 122ff.
  — und Aggression 2—3, 122ff.
Hochschulpsychiatrie 1—1, 52ff.
  1—2, 121ff., 2—1/2, 96ff.
  sozialer Aufstieg 2—3, 183ff.
  der Studenten, in der —
Homosexualität 2—1/2, 106
  weibliche — 2—1/2, 63ff.
Hysterie 1—2, 75ff.

Ich
  — und Bewußtsein bei Freud 1—1, 24

-entwicklung 1—1, 19, 1—2, 74
-kern 1—2, 75
-störungen 2—3, 188
-therapie 1—1, 9
-trieb 2—3, 124
Ichfunktionen (Ego-Funktionen) 2—3, 157, 188
Ich-Psychologie 1—1, 23ff.
psychoanalytische -- 1—1, 23, 24
Identifikation mit dem Vater 2—3, 184f.
Identität
Identitätsdiffusion 2—1/2, 63ff.
Identitätsentwicklung 1—1, 9
Identitätskonflikt 2—1/2, 71
Tod als Identitätsverlust 1—2, 115
Idolisierung 1—2, 98ff.
Institution
psychiatrisches -smodell 1—1, 12
Intervention
— in der Therapie 2—1/2, 32
Interview
— in der Psychoanalyse 2—1/2, 51

Kinderanalyse 2—1/2, 104f., 108, 2—3, 191
Kindergarten, psychoanalytischer 2—3, 196
Kinderpsychologie 2—1/2, 24ff.
— und Pädiatrie 2—1/2, 24ff.
Kliniken
psychotherapeutische — 1—1, 62
Universitätskliniken, psychiatrische 1—1, 10
— als private Behandlungs-, Forschungs- und Lehrzentren 1—1, 11
Neurotiker in der — 2—1/2, 111
Klinische Psychologie 1—1, 25
Kommunikation
wortlose — bei der Hysterie 1—2, 79
Kongreßforschung, psychoanalytische 2—3, 196
Konversion 1—2, 75
-shysterie 1—2, 77

Lehranalyse
negative Übertragung in der — 2—1/2, 4
Libido
— und Aggression 2—3, 130
Stauung der — 2—1/2, 48
Lustprinzip 2—3, 134ff.

Magisches Denken
— magische Gebärden beim Kind 1—2, 74
Moral-Treatment-Einrichtungen 1—1, 19
Mutter-Kind-Beziehung 1—1, 7 2—1/2, 73

Narzißmus
— des Analytikers 2—1/2, 10
Neurose
— i. d. stationären Behandlung 2—1/2, 111
dynamische Konzeption der — b. Freud 1—1, 36
Organ- 2—1/2, 107
Prozeß der — 1—1, 44
traumatische — 1—2, 131
Verdrängung i. d. — 2—1/2, 48
Neurosenwahl 1—2, 74

Oralität 2—1/2, 63ff.
— und weibliche Homosexualität 2—1/2, 63ff.
— und Identitätsdiffusion 2—1/2, 63ff.
primäre — 2—1/2, 63ff.

Pantomime 1—2, 77
Persönlichkeit
Psychologie der — 2—3, 193
Phobie 1—2, 75
Perversion 1—2, 97f.
Psyche
— des Kindes 1—1, 62
Psychiater
Aufgabe und Funktionen des —s 1—2, 91
eigene Konflikte des —s 1—1, 11
schizophrenogener Typ des —s 1—1, 31ff.
Psychiatrie
soziale — 1—1, 47
statische, therapiepessimistische — 1—1, 6
vorbeugende — 1—1, 8
Ausbildung in — 1—1, 8, 10, 13, 2—1/2, 2ff.
Familien- 1—2, 108
Geschichte der — 2—1/2, 110f. 2—3, 203
— und Psychoanalyse 1—1, 47, 4, 10
Psychoanalyse 2—3, 187
— bei cerebraler Degeneration 2—1/2, 93

— in der Forschung über Mensch und Gesellschaft 1—1, 49
Freuds Konzeption der — 1—1, 46, 48
— und Gruppenpsychotherapie 1—2, 135
— und Psychotherapie 2—1/2, 28ff.
— als therapeutische Disziplin 1—1, 49
— der Träume 1—2, 127
Psychodynamik 1—2, 19
Psychopharmaka 1—1, 43
Psychose 1—1, 36 1—2, 125, 2—1/2, 49
Psychotherapie der — 1—1, 59
Psychosomatische Forschung 1—1, 22, 23 2—3, 196
Psychotherapeut
Aktivität des — 2—1/2, 31
Psychotherapie
psychoanalytisch orientierte — 1—1, 22
psychologische Testuntersuchungen in der — 2—3, 161

Realitätsprinzip 2—3, 135, 136
Realitätsprüfung 1—2, 130
Regression 1—2, 74
Reparation 1—2, 97
Restitution 1—2, 97
Rolle
— als Kranker 1—2, 112

Schizophrenie
1—1, 6, 1—2, 126, 2—3, 187
dynamische Konzeption der — 2—1, 47
hereditäre Faktoren in der — 1—1, 7
systematische Diagnose der — 2—3, 156f.
Umweltreaktion auf — 1—1, 8
Schweigen in der Psychoanalyse 1—2, 79
Sexualbetrieb 2—3, 125
Studentenunruhen 2—3, 195
Symbiose 2—1, 71
Symptombildung 1—1, 36

Teilobjekt 1—2, 75
Therapie
Formen der — 1—1, 13
Interventionen in der — 2—1/2, 32
Technik der — 2—1/2, 29
Therapeut
— als Familientherapeut 1—2, 108
Therapeutisches Bündnis 2—1/2, 36
Therapeutischer Prozeß 2—3, 129
Tod 2—1/2, 108ff.
— und Trauer in der Psychodynamik 1—2, 110f.
Todestrieb 2—3, 123, 135
Trauer 2—1/2, 108ff.
-arbeit 1—2, 118
— als Rekonstruktion 1—2, 117
Traum
— in der Psychoanalyse 1—2, 127
-theorie Freuds 1—2, 127
Trieb
Aggressions- 2—3, 123ff., 144ff.
Destruktions- 2—3, 137
-verzicht 2—3, 134
Übertragung
-sneurose 1—1, 32, 2—1/2, 30
-situation 2—1, 4
Gegen- 2—1, 4, 33, 73
— im Gruppenerlebnis 2—1/2, 6
Unbewußte
dynamisch-U. 1—1, 20
Dynamik unbewußter Konflikte 2—3, 126
— im Werk Freuds 1—1, 20

Verleugnung
— im Alkoholismus 2—3, 180ff.
Verdrängung
— in der Neurose 2—1/2, 48
— im schizophrenen Prozeß 2—1/2, 48
Verhaltenstherapie 1—1, 26

Widerstand 1—2, 79

Ziel
— der Psychoanalyse 2—1/2, 33
— der Psychotherapie 2—1/2, 33

Index

acting-out 1—2, 81
aggression 1—2, 96, 2—3, 133, 146
— and authority 2—3, 133
constructive — 2—3, 133
destructive — 2—3, 133
— drive 2—3, 147
parental — 2—3, 133
psychoanalysis of — 2—3, 133
alcoholism 2—3, 173ff.
— and denial 2—3, 173ff.
analyst
neutrality of the — 2—1/2, 37
authority
— and aggression 2—3, 133ff.

behaviour therapy 1—1, 30

child psychology 2—1/2, 13
— and paediatrics 2—1/2, 13
clinical psychology 1—1, 30
communication
wordless — in hysteria 1—2, 81
Community-Mental-Health-Movement 1—1, 30, 1—2, 85f.
congress research, psychoanalytical 2—3, 197, 198

death
— and castration anxiety 1—2, 120
— and death wishes 1—2, 120
— instinct 2—3, 142
— and loss
of sense of identity 1—2, 120
— and mourning in psychotherapy 1—2, 119, 120
defense
pattern of — in therapy 1—2, 106
denial
— in alcoholism 2—3, 173, 174
diagnosis
interview technique in psychoanalytical — 2—1/2, 61
dream
Freud's interpretation of dreams 2—1/2, 89
drive concept 2—3, 146
— and causation 2—3, 146
dynamic psychiatry 1—1, 14, 29
— in the development in the USA 1—1, 15, 29, 30, 31
— as preventive psychiatry 1—1, 15
— in relation to psychoanalysis and psychiatry 1—1, 29
training programs of — 1—2, 89

ego
ego operator 2—1/2, 41
ego functions 2—1/2, 46 2—3, 151
ego psychology 1—1, 30
— in psychoanalytic concept 1—1, 30
super-ego concept 1—1, 30
experience
— of omnipotence 1—2, 93
— of Self 1—2, 94
dissociation in the — 1—2, 94, 95

family
— therapy 1—2, 87
— therapist 1—2, 99—101

group
central figure in the — 2—1/2, 11
— experiences in psychotherapeutic training 2—1/2, 11
returning to the — 2—3, 171
group psychotherapy 1—2, 101
— and psychoanalysis 1—2, 136, 2—3, 197
group therapy 1—2, 101

homosexuality
female — 2—1/2, 79
hospital
— in the hierarchical, authoritarian model 1—1, 15
— as private centre for treatment, training and research 1—1, 15
hysteria 1—2, 81
anxiety hysteria (phobia) 1—2, 81
conversion — 1—2, 81
ego development in — 1—2, 81

idealisation
— and idolisation 1—2, 94
identity
— diffusion 2—1/2, 79
— and orality 2—1/2, 79
idolisation
idolised internal object 1—2, 93
idolised self 1—2, 92
inhibitory mechanism 2—1/2, 41
instinct 2—1/2, 45

institution
therapeutically effective institution 1—1, 15
internalization 1—2, 126
interventions
— in therapy 1—2, 104, 2—1/2, 37, 38
interview, psychiatric 2—1/2, 60

kindergarten, psychoanalytic 2—3, 199

libido
damming up of — 2—1/2, 42
— transference 2—1/2, 42

mother-child-relationship 1—2, 93
primary maternal preoccupation 2—1/2, 18

neurosis
neurotic process 1—1, 44
transference — 1—1, 33
neutrality
— of the analyst 2—1/2, 37

orality 2—1/2, 79
— and female homosexuality 2—1/2, 79
— and identity diffusion 2—1/2, 79

pantomime 1—2, 81
paranoia 2—1/2, 43
personality
— and surrounding group environment 1—2, 99
perversion
— as alienation from the Self 1—2, 90
theory of — formation 1—2, 92
pleasure principle 2—3, 141
pseudo-termination
— in group therapy 2—3, 171
psychiatrist 1—2, 89
training programs for the — 1—2, 89
schizophrenic type of — 1—1, 33
psychiatry 1—1, 3
American — 1—2, 82, 83, 84
community — 1—2, 87
functional concept of — 1—1, 3
organic concept of — 1—1, 3
preventive — 1—1, 15
— and psychoanalysis 1—1, 29
psychodynamic — 1—2, 83
social — 1—2, 87
systems theory of — 1—2, 88
psychoanalysis
— in cases of cerebral degeneration 2—1/2, 83
psychoanalytical kindergarten 2—3, 199
— and psychodynamic psychiatry 1—2, 82
— and psychotherapy 2—1/2, 37
psychology, clinical 1—1, 30
psychosis
— and dreams 2—1/2, 44
psychotherapy of — 1—1, 59
psychotherapy
analytic group experiences in psychotherapeutical training 2—1/2, 11
— of children 1—2, 101
— of the family 1—2, 101, 102
psychoanalytically oriented — 1—1, 29
— and psychoanalysis 1—2, 136, 2—1/2, 37
psychological testing in — 2—3, 158
— of the psychoses 1—1, 59

reality
— and estrangement 2—1/2, 41
reality principle 2—3, 141
reality testing 1—2, 107
reparation
— to the Self 1—2, 92
repression 2—1/2, 40
— in the schizophrenic process 2—1/2, 40, 41
restitution
— in Freud's concept 1—2, 92
returning to the group 2—3, 171

schizophrenia 1—1, 14
chronicity in — 2—1/2, 43
ego functions in — 2—1/2, 46 2—3, 151
family dynamics in — 2—1/2, 40
hereditary factors in — 1—1, 14
ontogenetic factors in — 1—1, 14
schizophrenogenic psychiatrist 1—1, 33
psychotherapeutical treatment of — 1—1, 14
— with acute selective inhibitions 1—2, 96
— syndrome 2—3, 155
systematic diagnosis of — 2—3, 149
sexual drive 2—3, 141

sexual relationship
— early in childhood 1—2, 95
student's revolt 2—3, 199
syndrome
schizophrenia — 2—3, 155
— of social breakdown 1—2, 119
silence
— in psychoanalysis 1—2, 81
— in therapy 1—2, 120

testing
psychological — for the therapist 2—3, 158
therapeutic alliance 2—1/2, 39
therapy
family — 1—2, 87, 1—2, 99
methods of — 1—1, 15
therapeutic interventions 1—2, 104
therapist
family — 1—2, 99
schizophrenogenic type of — 1—1, 33
thought process 2—3, 149
training
psychotherapeutical — 1—1, 15
training analysis 2—1/2, 11
— group experience in -- 2—1/2, 11
transference
— to the central figure in the group 2—1/2, 11
negative — 2—1/2, 11
— neurosis 1—1, 33, 2—1/2, 37

unconscious 1—1, 29
dynamic — 1—1, 29
— conflicts 1—1, 44

Namensverzeichnis (deutscher Text)

(Die Zahlen geben in ihrer Reihenfolge Jahrgang – Heft, Seite der Erwähnung an)

Ackermann, N. 1–1, 65
Abraham, K. 1–1, 48
Adler, A. 1–2, 127, 2–3, 123
Adorno, Th. 2–3, 129
Alexander, F. 1–1, 3
Alzheimer, A. 2–1/2, 93
Ammon, Gisela 2–3, 125
Ammon, Günter 1–1, 53, 7, 65, 1–2, 135, 2–3, 123, 124, 127, 129, 195
Appleby, J. 1–1, 7
Argelander, H. 2–1/2, 51, 59
Arlow, J. 1–2, 79
Aronson, M.L. 2–3, 165

Baran, P.A. 2–3, 128
Barnes, R. 1–1, 8, 66
Barnett, J. 2–3, 123
Bateson, G. 1–1, 31
Beer, C. W. 2–1/2, 110
Belinkoff, J. 2–3, 165
Belknap, L. 1–1, 11
Bellak, L. 2–3, 145, 123, 1–2, 136
Benedetti, G. 1–2, 136
Benedict, R. 1–1, 23, 2–3, 126
Bergler, E. 1–2, 74
Berkowitz, M. 2–3, 145
Berndt, H. 2–3, 140
Binswanger, L. 1–1, 48
Bislich, M. 1–1, 59
Bleuler, E. 1–1, 48
Boss, M. 1–2, 127
Bowlby, J. 1–2, 117
Brandon, T. 1–1, 11
Brennan, M. 1–1, 13
Breuer, J. 1–1, 20
Brocher, T. 1–2, 80
Brodsky, S. 1–2, 118
Brown, D. 1–1, 11
Brückner, F. 2–3, 127, 145
Bursten, B. 1–2, 112

Charcot, J.M. 1–1, 20
Clark, D.H. 1–1, 11
Corsini, R.S. 2–3, 165
Cremerius, J. 1–2, 137

Dain, S. 1–1, 20
Debacker, L. 1–2, 128
Deutsch, F. 1–2, 77
Deutsch, H. 2–1/2, 77
Dewald, F. 2–3, 165
DFG 1–2, 121
Deutsche Gruppenpsychotherapeutische Gesellschaft 2–3, 194, 202
Dollard, F. 2–3, 124
Dorn, W. 2–1/2, 4
Dosužkov, Th. 1–2, 135, 2–1/2, 114, 2–3, 197

Ehrlich, R. 1–1, 3
Eissler, K.R. 1–1, 27, 1–2, 110, 112, 114, 115
Ekstein, R. 1–1, 13, 47, 50, 66, 2–3, 123, 2–1, 104
Erikson, E. 1–1, 7, 11, 24, 2–1/2, 63, 2–3, 127
D'Esopo, R. 1–2, 112
Ezriel, H. 2–1/2, 55

Fabian, A.A. 1–1, 13
Faris, R.E. 1–1, 11, 13
Fenichel, O. 1–2, 79, 2–1/2, 72, 74, 2–3, 123
Ferenczi, S. 1–2, 74, 130, 2–3, 164
Firth, L. 1–2, 116
Fischer, Ch. 1–1, 13
Fliess, R. 1–2, 130
Foulds, G. A. 2–1/2, 51
Foulkes, S.H. 1/2, 137
Freeman, Th. 1–1, 66
Freud, Anna 1–1, 24, 61, 2–1/2, 97, 105, 2–3, 126
Freud, Sigmund 1–1, 3, 6, 20, 46
  Behandlung, erzwungene Beendigung der 2–3, 164
  Dualtrieblehre 2–3, 123
  Familienübertragg. 2–1/2, 6
  Homosex., weibl. 2–1/2, 63
  Lustprinzip 2–3, 128
  Mutterbindg., präödipale 2–1/2, 72
  Neurosenwahl 1–2, 74
  Realitätsprinzip 2–3, 128
  Restitution 1–2, 97
  Schizophrenie 2–3, 188
  Tod 1–2, 114
  Trauer 1–2, 117
  Traumdeutung 1–1, 20, 1–2,127, 129, 130, 131, 2–1/2, 29, 93
  Triebe, Modifizierung der 2–3, 130

Gardner, R. 1–1, 26, 11
Garma, A. 1–1, 66

McGill, M. 1—1, 13, 2—1/2, 28
Glover, E. 1—2, 75
Gonzales, L. 2—3, 197
Greenblatt, M. 1—1, 11,
Greenson, R.R. 1—2, 79, 2—3, 190, 2—1/2, 4
Griesinger, W. 1—1, 19
Grinberg, L. 1—1, 61
Grotjahn, M. 1—1, 8, 66, 1—2, 115, 135, 2—1/2, 118, 2—3, 195, 197, 203

Habermas, J. 2—3, 140
Hacker, F. 1—2, 137
Häfner, H. 1—1, 62, 1—2, 137
Hall, B. 1—1, 66
Hallam, D. 1—2, 128
Halleck, S.L. 2—1/2, 96
Hansen, F. 2—1/2, 118
Hartmann, H. 1—1, 24, 61, 2—3, 124, 129
Hartocollis, P. 1—1, 67
Hebb, D. O. 2—3, 144, 145
Heigl, F. und Heigel-Evers, A. 2—3, 196
Heimann, P. 2—1/2, 55
Held, F. 1—1, 62
Henoch, E. 2—1/2, 24
Henry, J. 1—1, 7
Herman, I. 2—3, 201
Hilgard, E. 1—1, 22
Hitschmann, E. 2—3, 123
Hoffmann, E. P. 1—2, 74
Horn, R. 2—3, 127
Hume, P. 1—1, 26

Illing, H. A. 2—1/2, 110, 111

Jackson, D. 1—1, 11, 31
Jacobson, E. 2—1, 75, 77
Jahnke, J. 1—2, 121
Jakob, I. 1—1, 67
Jones, M. 1—1, 7
Jordt, H. 1—1, 53
Jung, C. G. 1—1, 48, 1—2, 127

Kahleyß, M. 2—1/2, 99, 2—3, 195
Kahne, M. 1—1, 11
Kehrer, F. 2—1, 51
Kelman, H. 1—2, 79
Kemper, W. 1—2, 79
Khan, M.R. 1—2, 137, 2—1/2, 72, 75, 77
Kiersch, Th. 2—1/2, 98
Klein, M. 1—2, 75, 97, 2—1/2, 77, 105
Knudsen, S. 1—2, 117
Koch, R. 1—1, 6
König, R. 2—3, 137
Kotkov, B. 2—3, 196
Kris, E. 1—1, 24
Kubie, L. 1—1, 3, 13, 20, 67, 2—1/2,4
Kunz, H. 2—3, 144

Lange-Undeutsch, H. 1—1, 53
van der Leeuw, P.J. 1—1, 62
Lenzner, A. 2—3, 145, 164
Levinson, H. 1—2, 137
Lewin, K. 1—1, 22, 1—2, 130
Lewis, N. 1—1, 22
Linn, L. 1—1, 7
Linnemann, E. 1—2, 138
Loch, W. 2—1/2, 73
Loewenstein, R. 1—1, 24, 1—2, 79, 2—3, 124
Lubin, B. und A.L. 2—3, 165
Luschnat, K. 1—2, 135

McLaughlin, F. 2—1/2, 4
Mahler, E. 2—3, 195
Main, T, F. 1—1, 11
Mandelbaum, D. 1—2,.116.
Marcuse, H. 2—1/2, 109, 2—3, 128,134
Mead, M. 1—1, 23, 2—3, 126
Menninger, K. 1—1, 7, 67
Menninger, W. 1—1, 7, 11
Meyer, Adolph 1—1, 7, 1—2, 90
Meyer, A. E. 1—2, 138, 2—3, 197
Meyer, J. E. 1—2, 121
Mitscherlich, A. 2—3, 123, 130
Mitscherlich, A. u. M. 1—1, 9
Modlin, H. 1—1, 3, 13
Moeller, M. 1—1, 11, 68
Moldenhauer, P. 1—1, 109, 2—3, 195
Morgan, D. M. 1—1, 11
Morgenthaler, R. 2—3, 134
Murphy, G. 1—1, 67

Nacht, S. 1—2, 79, 138, 2—1/2, 72
Natterson, J. M. 1—2, 117
Neumann, E. P. 2—3, 127
Nicoli, W. 2—1/2, 97
Nikelly, L. 2—1/2, 98
Noelle, E. 2—3, 127
Nuttin, J. 2—3, 144

Parin, P. 2—3, 134
Pick, M. 2—1/2, 93
Pinel, P. 2—1/2, 110

Pinel-Gesellschaft 2—1/2, 112
Pollock, G. H. 1—2, 117
Prados, M. 1—2, 138, 2—1/2, 118
Pumpian-Mindlin E. 2—3, 165
Putzey, L. J. 2—3, 165

Rakker, H. 2—1/2, 73
Rank, O. 2—3, 164
Rapaport, D. 1—1, 20, 22, 24
Rappaport, E. A. 2—3, 129
Reider, N. 2—3, 165
Reich, W. 2—1/2, 73
Reiche, R. 2—3, 140
Reik, Th. 1—2, 134
Reifler, C. 2—1/2, 98
Richter, H. E. 1—1, 63
Robbins, L. L. 1—1, 13
Ross, W. D. 1—1, 21

Sargent, H. S. 1—1, 13
Searles, H. 1—2, 138, 2—1/2, 77, 2—3, 189
Sechehaye, M. A. 1—2, 126
Segal, H. 1—2, 77
Shakov, D. 1—1, 22
Shapiro, D. 1—1, 26
Shevrin. H. 1—1, 13
Simenauer, E. 1—1, 62, 68, 1—2, 127
Simmel, E. 1—1, 48
Slavson, S. R. 2—3, 165
Smirnoff, V. 1—2, 139, 2—1/2, 119
Socarides, C. W. 2—1, 77
Solomon, H. C. 2—1, 98
Spitz, R. 2—3, 125
Sperling, E. 1—2, 121
Sullivan, H. SG. 2—1, 77
Sutherland, J. 1—2, 139
Szekely, L. 1—2, 139
Schiffer, I. 1—2, 77
Schilder, P. 2—3, 164
Schindler, R. 2—3, 197, 196
Schmiedeck, R. 1—1, 68
Schneider, K. 1—1, 48
Schulte, M. 1—1, 53
Schulte, W. 1—2, 138
Schultz, J. H. 2—1/2, 111
Schultz-Hencke, H. 2—1, 111
Schumacher, W. 2—1, 51
Schur, M. 1—1, 61
Schwartz, M. S. 1—1, 7
Schwarz, Hedy 2—3, 195
Staabs, G. v. 2—3, 197
Stanton, A. H. 1—1, 7
Stekel, W. 1—2, 127
Stone, L. 1—1, 13
Strauss, R. 1—1, 42
Strech, H. H. 2—3, 126
Stross, L. 1—1, 13, 68
Strotzka, H. 1—2, 139, 2—3, 128

Tähkä, V. 1—2, 139
Thompson, C. 2—1/2, 6
Thurn, Anne 2—1/2, 108
Ticho, E. 1—1, 13, 68, 2—1/2, 28
Toman, W. 1—2, 139

Veszy-Wagner, L. 2—3, 125
Virchow, R. 1—1, 6
Voth, H. 1—1, 13

Waals, H. G. van der 1—1, 68
Waelder, R. 1—1, 61
Wallerstein, R. S. 1—1, 13
Weed, T. 1—2, 128
Weigert, E. 1—1, 68
Wellek, A. 2—1/2, 51
Wells, P. P. 1—1, 8
Wiener, D. 2—3, 164
Winnicott, D. W. 1—2, 98
Winnik, H. Z. 1—2, 139
Wisdom, J. O. 1—2, 75
Wolberg, L. R. 2—3, 165

Yale-Schule 2—3, 124
York, R. 1—1, 11

Zauner, J. 1—1, 62
Zeligs, D. 1—2, 79
Zimmert, R. 1—2, 135
Zubowicz, G. 1—1, 11
Zusman, J. 1—2, 112

Index of Names of the English Text

(The numbers after the name mean: Volume, Issue and Page)

Alexander, F. 1—1, 29, 2—1, 43
Ammon, Gisela 2—1, 115, 2—3, 199
Ammon, Günter 1—1, 14, 58, 1—2, 136, 2—1, 90, 115, 2—3, 198
Appelbaum, S. 2—1, 90

Babinski, J. 2—3, 177
de Barenne, D. 2—1, 40, 96
Barnes, H. E. 1—1, 15, 1—2, 82
Bateson, G. 1—2, 87
Bellak, L. 2—3, 133, 148, 149, 155
Bergler, E. 1—2, 81
Berkowitz, L. 2—3, 147
Bertalanffy, L. 1—2, 98
Betlheim, S. 2—1/2, 44
Bislich, M. 1—1, 60, 61
Bleuler, E. 2—1/2, 84
Blum, E. M. 2—3, 174
Brückner, P. 2—3, 147

Charcot, J. M. 1—1, 29

Deutsche Gruppenpsychotherapeutische Gesellschaft (DGG) 2—3, 203
Dosužkov, Th. 2—1/2, 114, 116, 2—3, 200

Ekstein, R. 2—1/2, 115, 2—3, 133, 199
Erikson, E. 1—1, 14, 1—2, 87

Fenichel, O. 2—1/2, 83, 2—3, 133
Ferenczi, S. 1—2, 81
Freud, A. 2—1/2, 91
Freud, S. 1—1, 14, 29, 60, 1—2, 81, 88, 92, 82, 2—1/2, 44, 45, 2—3, 173
  dream theory 2—1/2, 89, 90
  perceptual-conscious 2—1/2, 91, 92
  pleasure principle 2—3, 141
  reality principle 2—3, 141

Garma, A. 2—1/2, 115
Gerard, R. 1—2, 87
Glover, E. 1—2, 81
Gonzales, L. 2—3, 200
Goodman, L. 1—1, 30
Gorer, G. 1—2, 92
Griesinger, W. 1—1, 29
Grinker, R. R. 1—2, 87
Grossman, D. 2—3, 178
Grotjahn, M. 1—2, 136, 2—1/2, 115, 2—3, 204

Hall, G. S. 1—2, 82
Hartmann, H. 2—1/2, 44
Hartocollis, P. 2—3, 174
Heigl, F. a. Heigl-Evers, A. 2—1/2, 116
Hicks, G. 1—2, 82
Hilles, L. 1—2, 126
Hitschmann, E. 2—3, 133
Holt, R. R. 2—1/2, 90
Huxley, A. 1—2, 88

Jordt, H. 1—1, 58
Jung, C. G. 1—2, 82

Kahleyß, M. 2—1/2, 103, 2—3, 198
Kahn, R. L. 2—3, 178
Kallmann, F. J. 2—1/2, 41
Kennedy, J. F. 1—2, 85
Kessler, M. M. 2—1/2, 45
Kew, C. 2—1, 116
Khan, M. R. 1—2, 93, 95, 96
Klein, M. 1—2, 81, 92, 93
Knight, R. P. 2—3, 176
Kohut, H. 2—3, 158
Kotkov, B. 2—1/2, 115, 2—3, 199
Kubie, L. 1—1, 29
Kunz, H. 2—3, 147

Lange-Undeutsch, H. 1—1, 58
Lewin, K. 1—2, 87, 2—3, 147
Lewis, N. D. C. 2—1/2, 46
Loeb, S. 2—3, 149
Luschnat, K. 1—2, 136

McCulloch, W. 2—1/2, 40
Mahler, E. 2—3, 198
Marazzi, A. S. 2—1/2, 41
Marcuse, H. 2—3, 141, 142
Menninger, K. 1—1, 14
Menninger, K. and W. 1—2, 82
Menninger, W. 1—1, 15
Meistermann-Seeger, E. 2—1/2, 116
Meyer, A. 1—2, 83
Meyer, A. E. 2—3, 200
Miller, James 1—2, 88
Moeller, M. 2—3, 198
Morgan, D. 2—1/1, 115, 2—3, 199
Moreno, J. L. 1—2, 87

Nuttin, J. 2—3, 146

Peters, A. 2—1/2, 116
Putnam, J. J. 1—2, 82

Rapaport, D. 1—1, 29
Rappaport, E. A. 2—1/2, 106
Ross, W. D. 1—1, 29
Ruesch, J. 1—2, 87

Skinner, D. 1—2, 87
Spiegel, S. 1—2, 87, 88
Sullivan, H. St. 1—2, 88
Szasz, T. S. 1—2, 86

Schilder, P. 2—3, 133
Schindler, R. 2—1/2, 115, 2—3, 198
Schulte, M. 1—1, 58
Schwarz, Hedy 2—3, 198

Weinstein, E. A. 2—3, 178
Whitaker, L. 2—1/2, 115, 2—3, 199
Winnicott, D. W. 1—2, 93, 2—1/2, 16, 18
Wolpe, J. 1—2, 87

Zelmanowitz, J. 2—1/2, 90
Zimmert, L. 1 —2, 136

Mitteilung der Redaktion

Diese Zeitschrift befindet sich in der Entwicklung. Wir werden sie wachsen lassen und dabei den für den Forscher, Autor sowie Leser konstruktivsten Weg zu gehen versuchen, ohne ihr Anliegen und ihre Identität außer acht zu lassen. So wird sich mit der Zeit auch die rechte sprachliche Balance in der Zeitschrift herstellen lassen. Wenn in dieser ersten Nummer das Deutsche überwiegt, so mögen es meine nur englisch lesenden Kollegen verzeihen. Der Grund ist der, daß die Zeitschrift mit fast ausnahmslos amerikanischen Taufpaten, vornehmlich meinen Freunden von der Menninger Foundation, im deutschen Sprachgebiet aus der Taufe gehoben wird. Ihnen allen sei heute herzlich gedankt, wie allen Mitarbeitern, die an dieser ersten Nummer gearbeitet haben, den Wissenschaftlern, wie den stillen Helfern in Redaktion und Verlag.

Dank auch dem Verleger, Herrn Dr. Horst Heenemann, für den Mut und das Vertrauen, bei unserem nicht gerade konservativen Unterfangen an unsere Seite getreten zu sein.

Vorerst soll die Zeitschrift zweimal jährlich, später vierteljährlich erscheinen. Ein Diskussionsforum sowie eine kleine Abteilung für Kasuistik werden gegebenenfalls hinzugefügt werden. In der nächsten Nummer wird mehr englischer Text vertreten sein. Der Gedanke ist der, daß jede Arbeit eine kondensierte Version in der anderen Sprache enthält, die den der Sprache des Hauptartikels Unkundigen *voll* informiert.

Wir laden alle an unserem Anliegen Interessierten zur Mitarbeit und Unterstützung ein.

A word from the editor

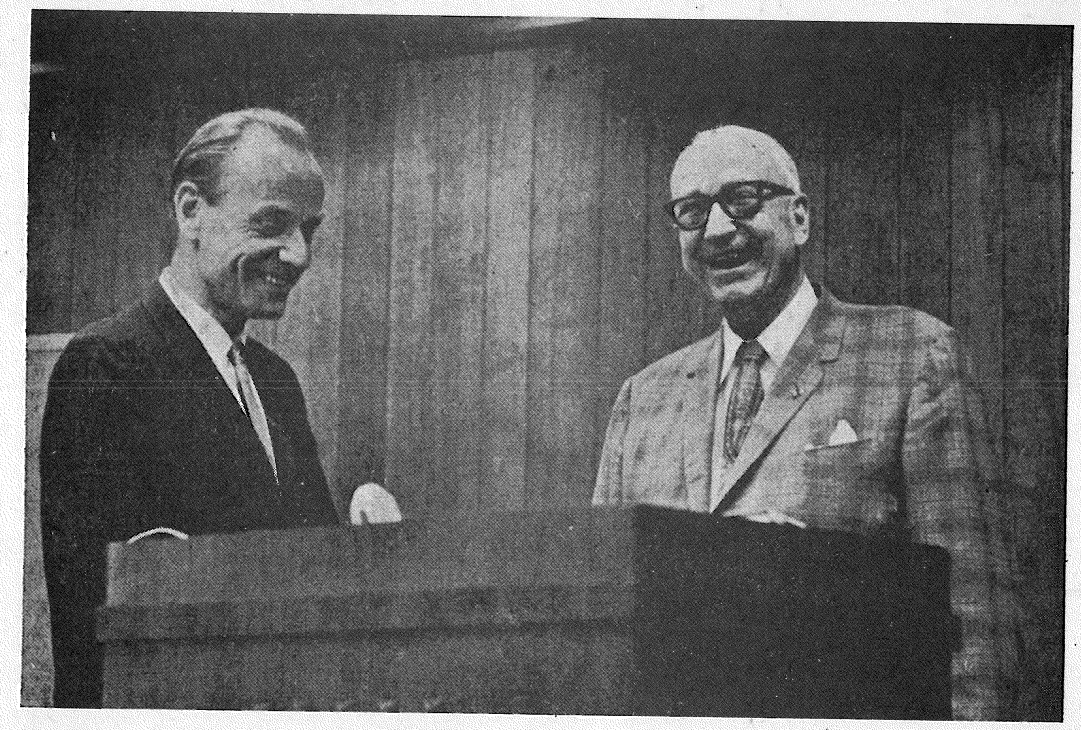
This journal is understood as being in development. We like to see it grow and take the most constructive way for the researcher, author and reader as well – without loosing the sight for the purpose and for the journals identity.

When time passes by there will be found the best balance as far as language is concerned. The English reading colleagues may forgive that German dominates this first number. The reason is that the journal appeares first in Germany, however with almost only American support mainly through colleagues related to the Menninger Foundation. All of them we like to thank cordially including the co-workers who worked at this issue: the scientists as the helpers in the editorial staff and the publishing house.

Thanks also to Doctor Heenemann, the publisher for his courage and the trust to join in our not too conservative project.

This journal will appear first twice a year, later quarterly. A forum for discussion will be added when needed. The next issue will present more contributions in English. The idea is, that each paper will have a condensed version added in the other language for *full* information of the reader who does not know the language of the main paper. We invite for participation and support all colleagues who are interested in our intention.

The Menninger Foundation



Karl Menninger mit dem Herausgeber

Introduction

Karl Menninger

The birth of a new scientific journal testifies to the growth of a branch of science. It announces itself as a new means of communicating new information, new ideas, new attitudes from one to many other colleagues. It is a public forum to which any or all these colleagues may address themselves in announcement or in response.

A little over half a century ago a patient, German experimenter, undaunted by 605 failures, succeeded on the 606 trial in finding a compound which would kill pathogenic organisms without killing the host. Paul Ehrlich reversed the current trend of medical philosophy from one of therapeutic nihilism to one of hope. He gave us a definite remedy for the cause of a considerable proportion of our most disturbed psychiatric patients.

To speak personally, it was this therapeutic hope that engaged my own interest in the field of psychiatry in 1918. The discoveries of Paul Ehrlich were paralleled by the discoveries of Sigmund Freud; they, too, refuted the hopelessness and nihilism of late 19th century medicine.

Chemical approaches have continued to accomplish admirable things in psychiatry; psychological approaches have similarly accomplished much. We know now that the great majority of all cases of mental aberration recover, and that the more severe cases recover more readily with prompt, skillful therapeutic assistance.

The so-called "organic" and "functional" concepts of psychiatric illness are actually not two different concepts or different conditions so much as they are different ways of looking at something. A thunderstorm is both substance and dynamics; so is a hysterical conversion. We engage in a kind of linguistic parallelism when we jump from mind to body, from neurone to conflict. Having begun my career in neuropathology, I shall continue all my life to have an interest in that aspect of human failure but I am also a psychiatrist, a psychoanalytic psychiatrist, a "psychodynamic" psychiatrist, I hope, and I see human beings as existing in a flux of forces with internal and external tensions constantly in and out of balance.

I am proud to have been invited to extend this word of congratulation and friendship to colleagues in German-speaking Europe who are to have this new organ for the reporting and exchanging of their observations and ideas in the assistance and betterment of mankind.

Anmerkung des Herausgebers:

Herbert Modlin, ein langjähriger und enger Mitarbeiter von Karl Menninger, erwähnte mir gegenüber, daß seines Wissens nach der Ausdruck „dynamische Psychiatrie" zum ersten Male von Karl Menninger bei einem Vortrag in St. Louis um 1930 gebraucht wurde. Auf jeden Fall war Karl Menninger einer der ersten, der den Terminus gebrauchte, wenn er ihn nicht sogar schuf. In der Literatur wurde der Terminus „dynamische Psychiatrie" durch Karl Menningers Lehrer Franz Alexander bekannt.

Rudolf Ekstein an den Herausgeber

Lieber Herr Doktor Ammon!

Zuerst möchte ich Ihnen vielmals für das mir erwiesene Vertrauen danken, daß Sie mich einladen, anläßlich des Erscheinens Ihrer neuen wissenschaftlichen Zeitschrift ein Grußwort zu schreiben. Da ich mit Ihrer Idee, eine Zeitschrift zu gründen, die eine Brücke darstellen soll zwischen der modernen Psychiatrie und der Psychoanalyse, vollkommen übereinstimme, komme ich dieser Einladung gern nach. Mit dem Erscheinen einer wissenschaftlichen Veröffentlichung ist es wohl nicht anders als mit dem ersten Wiegenfeste eines Kindes. Man läßt sich gern als Taufpate einladen, wenn man die Eltern kennt und gern hat und sich mit ihren Wünschen und Plänen identifiziert. Trotzdem muß man sich erinnern, daß man Taufpate für ein ganzes Leben bleiben wird, und so wagt man sich nicht ganz ohne Ängstlichkeit an diese Verantwortung heran. Ich will damit eigentlich sagen, daß ein erster Glückwunsch auch mit der Absicht verbunden sein muß, dem Taufkind in der Zukunft beizustehen, selbst wenn man keine unbedingten Garantien hat, daß man sich immer des Taufkindes erfreuen wird und darauf stolz sein kann.

Ich habe schon oft erlebt, daß begabte Wissenschaftler, mit den besten Absichten versehen, begonnen haben Zeitschriften herauszugeben, und daß dann entweder die Arbeit nicht weitergeführt wurde oder sich in einer Richtung entwickelte, die ungünstig war. Ich nehme aber an, daß Ihr Unterfangen gelingen wird und daß Sie Leser und Mitarbeiter bekommen werden, die nicht nur bereit sind bei den ersten paar Nummern zu helfen, sondern erkennen, daß eine solche Zeitschrift eine Gegenwarts- und eine Zukunftsaufgabe sein muß. Es ist keine Kleinigkeit eine dauernde Brücke zwischen der Psychiatrie und der Psychoanalyse und auch den anderen klinischen Wissenschaften zu schaffen. Sie denken natürlich immer an gewisse Modelle in der amerikanischen Kultur, in denen es im großen Maße gelungen ist, eine solche Brücke herzustellen. Diese Brücke muß verschiedene Bedingungen erfüllen: Eine der Bedingungen ist natürlich, daß sie zwei Punkte der klinischen Wissenschaften verbinden muß, um dadurch eine Verkehrssituation zu schaffen, die nicht nur eine Einbahnstraße ist, sondern eine Verbindung darstellt, die beiderseits genutzt werden kann.

Die andere Bedingung, die ich auch als wichtig ansehe, ist die, daß diese Brücke nicht der Verschmelzung, sondern der Verständigung dient. Verständigung kann nur dann aufrecht erhalten werden, wenn beide Teile, die durch diese Brücke verknüpft sind, auch ihr Eigenleben fortsetzen. Ich habe das Gefühl, daß die amerikanische Erfahrung, die wir beide gemeinsam in Amerika erlebt haben, trotz der ausgezeichneten Modelle auch Gefahren in sich birgt. Manchmal haben in gewissen Zentren Verschmelzungen stattgefunden, die die Identität und Individualität jedes der beiden Fächer gefährdet haben. In dieser Hinsicht bin ich gegen den „melting pot". Eine Psychiatrie, die nur psychoanalytisch wäre, und nichts von wissenschaftlichen Einsichten verarbeiten will, da sie aus anderen Disziplinen stammen, wäre mir zu einseitig und wirklich fruchtlos. Wenn die klassische Psychoanalyse ihre Identität aufgäbe und dann nichts anderes als dynamische Psychiatrie wäre, würde auch etwas zerstört werden; wir würden die schöpferischen Quellen der Psychoanalyse brachlegen und eine Verflachung herbeiführen. Mir scheint, ich komme in Gefahr zu glau-

ben, es sei einfacher den populären Weg zu nehmen, als einen tiefen, ernsten und sachlichen Dialog zu beginnen.
Diese zweite Möglichkeit ist es natürlich, die ich meinem Taufkind wünsche, von der ich aber weiß, daß sie sich nicht einfach durchsetzen läßt. Eine Zeitschrift dieser Art darf meist nur einen kleineren Leser- und Mitarbeiterkreis für sich beanspruchen. Wir leben in einer Zeit, in der der Massenerfolg der einzig wertvolle zu sein scheint, doch mein Wunsch für diese neue Zeitschrift geht nicht in diese Richtung. Ich habe für das Taufkind noch einen anderen Wunsch. Er rührt, glaube ich, daher, daß der Herausgeber und ich wissenschaftliche und berufliche Erfahrungen in den USA erworben haben, die wir nun gern in das deutsche Sprach- und Kulturgebiet zurückbringen wollen. In diesem Sinne sollte diese Zeitschrift natürlich nicht nur eine Brücke zwischen der Psychiatrie und der Psychoanalyse sein, sondern auch die Möglichkeit bieten, einen regen geistigen Austausch zwischen Berufs- und Wissenschaftskollegen in Europa und den USA anzuregen. Was die Psychiatrie und die Psychoanalyse betrifft, ist es offenkundig und historisch richtig gesehen, daß Europa Vater und Mutter für die amerikanische Entwicklung geworden ist und daß besonders die deutsche Kultur, die deutschsprachigen Beiträge das amerikanische Denken beeinflußt haben. Es sollte doch nun eine erfreuliche Entdeckung sein, wenn wir durch diese Zeitschrift dazu beitragen könnten, eine Wechselwirkung herzustellen. Europäer haben psychoanalytisches und psychiatrisches Denken nach Amerika gebracht. Dort wurde es weiterentwickelt und soll nun die Möglichkeit haben, auf das gegenwärtige psychiatrische und psychoanalytische Denken im deutschsprachigen Kulturgebiet rückwirkend Einfluß zu nehmen.
Schließlich möchte ich noch sagen, daß der Taufpate auch immer ein bißchen den Wunsch hat, das Taufkind sein Eigen zu nennen, es aufwachsen zu sehen; er hat die Hoffnung, daß sich hier langsam ein geistiger Austausch entwickeln möge, der auch ihm zugute kommt. Mir gäbe es die Möglichkeit, eine alte Brücke wieder aufzubauen, die mich zurück zu meiner ursprünglichen Ausbildung in Europa führt, mir die Heimat und den geistigen und wissenschaftlichen Ursprung wieder nahe bringt. Aber ich beginne nun langsam zu sehen, daß der Geburtstagswunsch auch mit eigensüchtigen Wünschen durchdrungen ist. Doch warum sollte man denn Taufpate werden, wenn man sich nicht erlauben könnte, auch ein paar persönliche Wünsche zu haben, die durch das Taufkind erfüllt werden sollen?
Ich sehe schon, daß alle diese guten Wünsche und Hoffnungen eigentlich eine Art Bestellzettel sind. Ich sage Ihnen damit – lieber Doktor Ammon – daß ich eigentlich alles von Ihnen als Vater und Mutter dieser neuen wissenschaftlichen Zeitschrift erwarte. Vielleicht ist es viel zu viel unter den gegenwärtigen menschlichen und historischen Umständen. Aber an der Wiege eines solchen Unternehmens darf man es doch wagen, sich ein Ich-Ideal aufzustellen – in der Hoffnung wohl, daß die Spannung zwischen den realen Möglichkeiten und dem Ich-Ideal uns dazu treiben wird, das Bestmögliche zu tun, um dem Ich-Ideal ein wenig näher zu kommen.
Ich bleibe mit den besten Wünschen für Sie und Ihr Unternehmen und mit dem Versprechen der zukünftigen Mitarbeit
Ihr sehr ergebener Dr. Rudolf Ekstein

Dynamische Psychiatrie

Günter Ammon*

Sinn und Aufgabe dieser Zeitschrift soll es sein, in Deutschland und Europa Erkenntnisse und Erfahrungen der Psychiatrie und der Psychoanalyse zur gegenseitigen Befruchtung in Richtung auf eine dynamische Psychiatrie zu bearbeiten und zu verbreiten.

Die dynamische Psychiatrie ist eine Psychiatrie, in der die Psychoanalyse als Grundlagenwissenschaft zur vollen Anwendung kommt; somit verstehe ich unter dynamischer Psychiatrie eine Psychiatrie, die das Unbewußte wie auch das gegenwärtige, vergangene und in Zukunft mögliche soziale Feld des leidenden Menschen mit einbeschließt, der hilfesuchend zu mir kommt. Eine dynamische Psychiatrie verwaltet den Patienten nicht und begnügt sich auch nicht mit einer lateinischen oder griechischen Diagnose, sondern versucht, die gesamte Dynamik des Krankheitsgeschehens sowohl von der psychischen und soziologischen als auch von der somatischen Seite in ihrem Wechselspiel zu verstehen. Auf diesem Verständnis, das auch die konstruktiven, d. h. konfliktfreien, gesunden Aspekte des Patienten – seine Begabungen, Interessen sowie sozialen und physischen Möglichkeiten – umfaßt, versucht die dynamische Psychiatrie, ein Behandlungsprogramm aufzubauen.

Diese Zeitschrift wird es sich zur Aufgabe machen, mit sorgfältig ausgewählten klinischen Untersuchungs- und Behandlungsbeispielen die oben angeführten Thesen zu belegen, zu diskutieren und zu erweitern. Dabei soll auch die Psychologie der soziologischen Wertskala psychischer Symptome, die damit verbundenen Behandlungsmethoden und ihre Resultate studiert werden. In Deutschland herrscht beispielsweise sogar unter Fachleuten noch immer der Glaube, daß es so etwas wie eine unheilbare „Schizophrenia“ gebe. Wenn tatsächlich erfolgreiche psychotherapeutische Behandlungsverläufe von Patienten mit schizophrener Symptomatik veröffentlicht werden, belegt man diese mit einer anderen Nomenklatur und diagnostiziert in der Regel nachträglich eine neurotische Symptomatik. Meines Erachtens zeigt dies das Dilemma des kanalisierten diagnostischen Denkens überhaupt. Das Diagnostizieren in finalen Kategorien entsprang einst den Fortschritten des 19. Jahrhunderts zur Zeit der Entdeckungen eines Rudolf Virchow und Robert Koch. Es war für die statische, katalogisierende, therapiepessimistische Anstaltspsychiatrie verantwortlich. Die gewaltige Leistung Sigmund Freuds bei der Erforschung des Unbewußten und seiner Auswirkung auf den Einzelnen und die Gesellschaft, sowie die davon abgeleitete

---

* Freipraktizierender Psychiater und Psychoanalytiker, Direktor des Lehr- und Forschungsinstituts für Psychodynamische Psychiatrie und Gruppendynamik, Berlin. Beratender Psychiater der US-Mission und des US-Army-Hospitals Berlin, Lehranalytiker am Berliner Psychoanalytischen Institut.

Die in dieser Arbeit gebrauchte Terminologie entspricht: English & English, a Comprehensive Dictionary of Psychological and Psychoanalytical Terms, Longmans, Green & Co., New York, London, Toronto, 1958.

Behandlungsmethodik gab der Psychiatrie durch die Einführung des prozeßhaften, dynamischen Denkens eine ganz neue Dimension. Gleichzeitig erhielt auch die allgemeine Medizin über den statischen, eindimensionalen Befund von Krankheitserregern und Zellveränderungen hinaus weitere Dimensionen durch biochemische, hormonale, kybernetische und physiologische Forschungsergebnisse, die ein multidimensionales Krankheitsverstehen mit sich brachten. Dies ermöglichte auch das Erkennen der Bedeutsamkeit von homöostatischen Prozessen; der Entdecker der Homöostase in der Biologie, von Bertalanffy, war Zeit seines Lebens der Psychoanalyse und der Psychiatrie auf das engste verbunden. Eine dynamische Psychiatrie wird sich also mit dem Menschen in seiner körperlichen, psychischen und sozialen Ganzheit (Erik Erikson) auseinanderzusetzen haben.

Die dynamische Psychiatrie, wie ich sie aus meiner Schule verstehe, vertritt die Hypothese, daß sich psychisches wie psychosomatisches und psychosoziales Krankheitsgeschehen diagnostisch gesehen auf einer gleitenden Ergänzungsskala (Karl Menninger) bewegen, von der leichtesten sogenannten neurotischen Reaktion bis zur schwersten, eingefahrenen zwangsneurotischen oder schizophrenen Reaktion. Meines Erachtens ist es die Intensität und Dauer der gestörten frühen *Mutter–Kind-Beziehung* und – darauf liegt in meiner Schule der Schwerpunkt – die *Realität* der Ambivalenz der Mutter zum Kind, die für den graduellen Unterschied der Krankheitsreaktion (der Ich-Dysfunktion) verantwortlich ist (Günter Ammon). Während Adolf Meyer eine biologische Grundlage für das schizophrene Reagieren annahm, setze ich eine ontogenetische voraus, weil diese einen konstruktiven Beitrag zu Theorie und Technik gibt. Die Betonung sogenannter konstitutioneller und hereditärer Faktoren hat seit etwa 100 Jahren – nicht zuletzt unter dem Einfluß der Ängste der etablierten Gesellschaft – die Forschung in unserer Wissenschaft gelähmt, ohne irgendeinen Beitrag zur Therapie auch nur anzustreben. Bei der Stammbaumforschung hatte sich ergeben, daß Kinder aus schizophrenen Familiengruppen relativ häufig auch schizophren im Leben reagierten. Für jeden Psychiater mit psychotherapeutischer Erfahung, schon für jeden Kinderarzt ist es verständlich, daß kontaktgestörte und von Ängsten getriebene Mütter psychisch gestörte Kinder aufziehen werden. Diese wiederum werden ihre eigenen Kinder durch ihr Verhalten ebenfalls psychisch belasten. In diesem Sinne werden psychische Störungen über Generationen hin weitergegeben und intensiviert. Der logische Kurzschluß, der sich mit dem Postulat einer sogenannten schizophrenen Erbanlage begnügte, liegt auf der Hand.

Das Behandlungsprogramm der modernen dynamischen Psychiatrie, wie sie vorwiegend in den letzten 30 Jahren in den USA entwickelt wurde, schließt das gesamte Team der psychiatrischen Klinik hilfstherapeutisch mit ein (Ammon, Appleby, Henry, Jones, W. Menninger, Linn, Stanton und Schwartz, u. a.). Hierbei steht der Patient unter der koordinierenden Behandlung des Arztes, der ihn tiefenpsychologisch untersucht hat und seine psychischen wie körperlichen Bedürfnisse und Möglichkeiten kennt. Diesem Arzt muß natürlich auch die Zeit gegeben werden, mit dem Patienten wenigstens 10 bis 20 Minuten täglich zu sprechen. Nur unter dieser Voraussetzung ist eine ins Psychische gehende Behandlung möglich. Es versteht sich von selbst, daß in größeren Kliniken, die

teilweise bis zu 2000 und mehr Leidende beherbergen, die Patienten zwecks therapeutischer Beeinflussung in Gruppen zusammengefaßt werden sollten. Hier liegt die große Bedeutung der Gruppendynamik und deren Einführung in die Psychiatrie in Europa, um die sich diese Zeitschrift ebenfalls bemüht.

Gruppendynamik ist mehr als die technische Disziplin der Gruppentherapie. Soziologisch kommt es darauf an, die Gruppendynamik einer klinischen Institution zu verstehen und zu einem therapeutischen Instrument zu gestalten, d. h. die gesamte Klinik muß als eine kleine therapeutisch wirksame Modellgesellschaft angesehen werden. Vom Standpunkt der therapeutischen Disziplin hat jedoch die Gruppentherapie auch bei der Behandlung von Psychosen und Borderline-Fällen ihre besondere Indikation und Bedeutung.

Diese Zeitschrit bemüht sich zu zeigen, daß die Aufgaben der Psychiatrie nicht nur einen kleinen Kreis von Fachärzten angehen, sondern daß sie im weitesten und tiefsten Sinn ein „Community Concern", d. h. eine Verantwortung der Gesellschaft, sind (Robert Barnes und Mitarbeiter). Nur durch Aufklärung und Mitarbeit der gegenwärtigen Gesellschaft, ihrer Institutionen und eventuell deren Änderung kann eine Therapie der Patienten stattfinden, denen eine ambulante Psychotherapie keine Hilfe mehr bringt. Unsere heutige Gesellschaft reagiert mit Angst und Feindseligkeit auf die sogenannte schizophrene Reaktion; die in der Regel einengend dominierende Familiendynamik bringt dann den Kranken wegen seines schizophrenen Protestes in die Klinik, wo sein Infantilisierungsprozeß noch fortgesetzt wird. Es findet also gerade das Gegenteil dessen statt, was eine dynamisch orientierte psychiatrische Behandlung tun sollte (Martin Grotjahn und Philipp Wells). Wenn man hypothetisch bei der sogenannten schizophrenen Reaktion ein psychosomatisches Geschehen vielleicht im Sinne einer Stoffwechselstörung (als eine somatische Antwort auf innerpsychischen Stress) annehmen will, so wird eine dynamisch orientierte Psychiatrie noch dringlicher.

Eine moderne dynamische Psychiatrie ist nicht nur eine behandlungstechnische Disziplin, sondern hat auch für den gesunden, konfliktfreien Menschen und seine Familie eine Aufgabe zu leisten; sie soll vorbeugend, beratend und verändernd auf die Gesellschaft als Ganzes einwirken. Eines ihrer Gebiete ist die sogenannte vorbeugende Psychiatrie („Preventive Psychiatry").

Eine der vordringlichsten Aufgaben der dynamischen Psychiatrie wird z. Z. in Deutschland die Ausbildung geeigneten Nachwuchses wie auch laufende, klinisch verstehende und sich um den Patienten bemühende Überprüfung der „Insassen" unserer Heil- und Pflegeanstalten sein, die noch weitgehend nach mittelalterlichen Prinzipien strukturiert sind. Mittelalterlich drückt der geistig-seelischen Krankheit gegenüber eine Haltung aus, die unter einem irrationalen Einfluß verbunden mit Bestrafungs- und Verurteilungstendenzen steht. Viele unserer Heil- und Pflegeanstalten machen heute noch den Eindruck von Gefängnissen. Die Einstellung von mehr Ärzten und Pflegepersonal ist ein weiteres Grundproblem der europäischen psychiatrischen Anstalten. Diese Aufgaben können aber niemals nur dadurch gelöst werden, daß moderne Gebäude für unsere „mittelalterlichen Institutionen" gebaut werden. Vielmehr sollte man sich die Patienten, die in ihnen vegetieren, gründlich ansehen, mit ihnen sprechen und sie auch psychisch zu behandeln versuchen, um dann einen größeren Teil von

ihnen in die Gesellschaft zurückzuführen. Den Ausdruck „mittelalterliche Heil- und Pflegeanstalten" definiere ich weiter als einen sozialpsychologischen Terminus, unter dem ich eine psychiatrische Institution verstehe, deren Gruppenstruktur nach einem hierarchisch autoritären Modell aufgebaut ist: die Patienten stehen auf der untersten Stufe des sozialen Systems und werden in der Regel als minderwertige Großgruppe empfunden, die von einer als höherwertig empfundenen Kleingruppe repressiv beherrscht wird. Hinter diesem Hospitalisierungssystem steht die Auffassung, daß die als „endogen geisteskrank" betrachteten Patienten hoffnungslos und unheilbar krank sind, daß sie nicht psychologisch verstanden und behandelt werden können und daß sie, nachdem sie einmal diagnostiziert worden sind, verwaltet und an die Spielregeln der Institution angepaßt werden müssen. Dies wird dann als die Hauptaufgabe des Personals empfunden.

Aus dem Gesagten möge ersichtlich werden, daß die Kleingesellschaft der mittelalterlichen Heil- und Pflegeanstalten in ihrer Inhumanität und autoritativen Hierarchie die autoritativen Züge unserer Gesamtgesellschaft widerspiegelt. Dies trifft auch auf den Teil der Schulpsychiatrie zu, der meint, daß das geistige Krankheitsgeschehen nicht einfühlbar sei. Ein humanes Verhalten, was einem wissenschaftlich ärztlichen Verhalten in der dynamischen Psychiatrie gleichkommt, kann es jedoch nur dort geben, wo ein Individuum der Einfühlung in ein Anderes fähig ist (Alexander und Margarete Mitscherlich). Unsere schwer geistig-seelisch Kranken, die Aufnahme in einer Klinik finden, müssen eine Ich- und Identitätsentwicklung nachholen, die ihnen in der Kindheit nicht möglich war (durch einen ungelösten „Mutter-Kind-Konflikt" angezogen und abgestoßen werden, siehe Abb. Seite 34). Das durch gegensätzliche Identifizierungsaspekte gelähmte Ich konnte sich weder zu einer Distanzierung von unbewußten Konflikten und Mächten noch zu einer Autonomie (Rapaport) der Umwelt gegenüber entwickeln. Diese Ichkranken Patienten, wie ich sie nennen möchte, haben die Tendenz, ihre Konflikte traumartig auf der Bühne des Lebens auszuagieren*. Sie halten sich ganz an der Umwelt fest oder heften sich auf der anderen Seite der homöostatischen Dysbalance ganz an die Bilder des Unbewußten. Das Interesse oder die Libido wird völlig von der Umwelt abgezogen. Die moderne psychiatrische Klinik hat nun die Aufgabe, vordringlich eine Ich-Therapie zu betreiben, um als ersten Schritt ihrer therapeutischen Strategie die funktionelle Ich-Balance durch milieutherapeutische Maßnahmen wiederherzustellen. Das will heißen, daß der Patient in der modernen Klinik nicht mehr seine Konflikte in die mit ihm agierende Familien- und Freundesumwelt auslebt, sondern daß das therapeutische Milieu zur Bühne seiner Konflikte wird. Der psychoanalytisch geschulte Psychiater interpretiert die Verhaltensweisen des Patienten und seine Erlebnisse mit Mitpatienten und Personal wie Träume in der klassischen Psychoanalyse.

In der autoritären Heil- und Pflegeanstalt übernimmt das psychoanalytisch ungeschulte und der Einfühlung in den Patienten unfähige Anstaltspersonal unbewußt nur allzuleicht die Rolle der die Ich-Entwicklung arretierenden Mutter.

---

* Dieses Agieren der Ichkranken Patienten sollte vom „acting out" der vorwiegend neurotisch Erkrankten während einer klassischen Psychoanalyse differenziert werden.

Die Anstrengungen der mit der modernen wissenschaftlichen Literatur vertrauten Kollegen müssen erwartungsgemäß an der Grundstruktur der beschriebenen Institutionen scheitern. Selbst ein wissenschaftlich aufgeklärter Chefarzt oder ärztlicher Direktor könnte kaum eine derartige Struktur ändern, weil sie fester Bestandteil der Verwaltungshierarchie der Gesundheitsbehörden ist.

Inden Vereinigten Staaten führten besonders folgende Entwicklungen zu einer zunehmend wissenschaftlichen Betrachtungsweise in der Anstaltspsychiatrie, die sich in verstärktem Maße dem Menschen widmete:

1. Die Psychoanalyse wurde zu einer Hilfswissenschaft der Psychiatrie – eine Integration, die eine psychodynamisch und tiefenpsychologisch erweiterte Fachausbildung der Psychiater mit sich brachte.
2. Individueller Initiative wie der William Menningers war es zu verdanken, daß dem Gesetzgeber in den einzelnen Bundesstaaten der USA die psychiatrischen Bedürfnisse der Bevölkerung einerseits und die dafür notwendigen Bedingungen für psychiatrische Ausbildung, Lehre, Forschung und Therapie andererseits verständlich gemacht wurden.

Nur so war es möglich, daß in ausreichendem Maße staatliche Geldmittel für Ausbildung, Lehre und Forschung zur Verfügung gestellt wurden und auch genügend Behandlungspersonal ausgebildet werden konnte. William Menningers berühmter Ausspruch lautete: „Brains before bricks". Im Gegensatz zu der Meinung von Abgeordneten, die die Einrichtung neuer Gebäude aus öffentlichen Mitteln befürworteten, war ihm die verbesserte psychiatrische Ausbildung wichtiger.

Nur in seltenen Fällen wurde eine Umstrukturierung „mittelalterlicher Anstalten" durch Organe der öffentlichen Meinungsbildung erreicht. Ein Beispiel ist das Topeka State Hospital, in dem 2000 Patienten von zwei unqualifizierten Ärzten, einer einzigen Schwester und einer Anzahl grober Wärter befreit wurden. In den Kellern der Anstalt fand man wahrhaft mittelalterliche Folterinstrumente, unter anderem auch Ketten zum Fesseln der Insassen, die kaum noch als Patienten bezeichnet werden konnten. Diese Instrumente werden heute im Museum der Menninger Foundation aufbewahrt.

Hieraus ist die Folgerung zu ziehen, daß es auch in der Verantwortlichkeit der psychiatrischen und psychoanalytischen Fachverbände sowie der Universitäten und der breiten Öffentlichkeit liegen wird, für eine psychodynamische und tiefenpsychologisch fundierte Ausbildung im Rahmen der psychiatrischen Facharztausbildung zu sorgen. Darüber hinaus müssen klinische Psychologen, psychiatrische „social workers", Schwestern, Pfleger, Gruppenpsychotherapeuten und spezialisierte Kunst- und Arbeitstherapeuten ausgebildet und die finanziellen Mittel für die Einstellung des erforderlichen Fachpersonals bereitgestellt werden. In Universitätskliniken sowohl in Europa als auch in den Vereinigten Staaten ist das Erlernen von großer Psychotherapie und die Forschung am Problem der sogenannten Schizophrenia nicht möglich, da hierzu Jahre in einem therapeutischen Milieu gehören. Bei Universitätsklinken handelt es sich in der Regel um kleine Durchgangsstationen für Patienten mit akuten Zustandsbildern, an denen Medizinstudenten die vordergründige Phänomenologie demonstriert werden soll. Dies mag einer der Gründe sein, daß Forschung und erfolgreiche

Therapie der schweren geistig-seelischen Krankheitsverläufe sich in großen privaten Behandlungs-, Forschungs- und Lehrzentren vollziehen, in denen Patienten über Jahre hinaus psychotherapeutisch aktiv im Gesamtmilieu der Klinik behandelt werden können. Ich beziehe mich dabei in erster Line auf die Menninger Foundation, bei der ich viele Jahre wirkte, das Chestnut Lodge Sanatorium, das Austin Riggs Center und das Institute of Living.

Diese Anregungen sind nicht nur das Ergebnis einer 15jährigen Erfahrung des Verfassers in psychiatrischen Kliniken und Anstalten verschiedener Struktur in Deutschland und den Vereinigten Staaten, sondern auch das Resultat moderner sozialpsychologischer Forschungsprojekte, die besonders im letzten Jahrzehnt, von der amerikanischen Bundesregierung finanziert, durchgeführt wurden. Das Hauptanliegen solcher meist sehr kostspieliger Forschungsprojekte, die sich mit größeren Forschungsteams verschieden qualifizierter Spezialisten über Jahre hinziehen, ist die Untersuchung der therapeutischen Wirksamkeit der Gruppendynamik und der administrativen Struktur einer Klinik sowie die Feststellung von Störungsfaktoren und antitherapeutischer Sozialdynamik. Die gesamte psychiatrische Institution, ihre Menschen, Gebäude, Gesetze und nicht zuletzt ihre Atmosphäre, wird also zum Gegenstand der Forschung; dem Forschungsteam muß es gestattet sein, sich ohne Einschränkung in den Institutionen zu bewegen, um die Untersuchung durchzuführen. Die Voraussetzung hierfür ist eine gewisse Aufgeschlossenheit der Klinikleiter und des Ärzteteams in Verbindung mit einer demokratischen Grundhaltung (Belknap, Brandon u. Jackson, Clark, Kai Erikson, Greenblatt, York u. Brown, Jones, Kahne, Modlin, Gardner u. Faris, Main, Morgan, Zubowicz, u. a.).

Ein weiterer Gesichtspunkt, der in der deutschen Literatur insbesondere von Alexander Mitscherlich erwähnt wurde und den ich in den USA studieren konnte, ist die Belastung des Psychiaters mit eigenen Konflikten. Aus diesem Grunde scheut er sich möglicherweise vor der Auseinandersetzung mit der Problematik des Patienten. Um psychiatrische Patienten tiefenpsychologisch verstehen und behandeln zu können, wäre es beim heutigen Stand der Ausbildung in Deutschland außerdem nötig, sich einer zusätzlichen Fachausbildung zu unterwerfen und die Unzulänglichkeit der eigenen Ausbildung zu erkennen; psychologisch würde das einer narzißtischen Kränkung entsprechen und gleichzeitig die bestehende berufliche Identität in Frage stellen. Darüber hinaus müßte man erheblich mehr Zeit als bisher für seine Patienten finden. Diese Zeit steht dem Anstaltsarzt jedoch nicht zur Verfügung, es sei denn, er würde seine administrativen Schreibarbeiten am Feierabend und am Wochenende verrichten. Augenblicklich sind etwa 90% seiner Arbeitszeit mit Verwaltungsarbeit ausgefüllt. Jeder Kenner der deutschen Verhältnisse wird diese Feststellungen bestätigen können.

Die Klinik verbündet sich daher unbewußt mit der Haltung der Familiengruppe, die den Angehörigen ebenfalls unbewußt in die Rolle des Krankheitsträgers drängt und ihn ebenso ablehnt wie der Kranke sie. Durch das in der Regel provokatorische Verhalten des Patienten wird die ablehnende Haltung mancher Psychiater begünstigt. Befindet sich der Patient erst einmal in einer Heil- und Pflegeanstalt, wird er dort völlig entmündigt und reagiert mit Unbeeinflußbarkeit des Kerngeschehens seines Zustandes. Daraus glaubt man folgern zu können,

daß die sogenannte Psychose, die Schizophrenia oder das manisch-depressive Irresein unbehandelbar seien und im günstigsten Fall durch Anwendung von Psychopharmaka gemildert werden könnten, um die Ruhe der Angehörigen und des Klinikpersonals zu gewährleisten.

Bei dem psychiatrischen Institutionsmodell, das man als antitherapeutisch ansehen muß, geschieht in der Regel folgendes: Der Patient, der von einer ihm gegenüber ambivalent reagierenden Mutter mit wachsendem Alter entmündigt wurde, geht im späteren Leben im innerpsychischen Wiederholungszwang durch eine Kette von Versuchungs- und Versagungssituationen und erreicht schließlich einen Punkt, an dem er seinen psychischen wie funktionellen Kontakt zur Gesellschaft abbricht. In diesem Stadium kommt er in die Klinik. Dort erlebt er die gleiche Ambivalenz, die er einst zur Mutter und später im Wiederholungszwang zur Gesellschaft erfahren hatte. Dadurch wird seine Krankheit – ich denke hier besonders an die sogenannte Schizophrenia – nicht nur gefestigt, sondern noch vertieft.

In einer therapeutisch wirksamen psychiatrischen Institution wird der Patient von vornherein als ein verantwortungsvolles Wesen akzeptiert und dementsprechend behandelt. Wahnhaftes Verhalten wird ignoriert und, falls notwendig, wird dem Patienten gesagt, daß die Klinik für ihn die Verantwortung übernimmt, solange er selbst dazu nicht in der Lage ist. Jeder sekundäre Krankheitsgewinn und jede Infantilisierung des Patienten werden sorgfältig vermieden. Seine eigenen Abhängigkeitsbedürfnisse werden im therapeutischen Milieu zwar wiedererlebt, aber vom Psychiater interpretiert.

In der dynamischen Psychiatrie wird die Psychiatrie zu ihrer neuesten Hilfswissenschaft, der Psychoanalyse, in Beziehung gesetzt. Hierbei ist der sich dynamisch wandelnde klinische Befund in Verbindung mit dem korrespondierenden Behandlungsprogramm von größter Wichtigkeit, der nicht von weltanschaulichen oder sektiererischen Schulstreitigkeiten eingeschränkt werden sollte. Ein selbst bei psychotherapeutisch informierten Schulpsychiatern noch weit verbreiteter Irrtum ist der, daß die Psychotherapie innerhalb der Psychiatrie nur als eine Anwendung der klassischen psychoanalytischen Methode auf der Couch verstanden wird. Dies ist bei den meisten psychiatrischen Klinikpatienten der falsche Weg, weil beim psychosenahen und psychotischen Anstaltspatienten unbewußte Prozesse (durch Wahrnehmung, Affekt, Aktion usw.) offen ausgelebt werden und es gerade bei diesen Patienten darauf ankommt, nicht noch intensiver unbewußte Produktionen hervorzurufen. Darin besteht die Aufgabe der klassischen psychoanalytischen Methode für den vorwiegend verdrängenden Neurotiker.

Die Anwendung des klinischen Wissens und der dynamischen Erfahrungen der Psychoanalyse erfolgt in einer psychiatrischen Klinik in der Schaffung eines psychotherapeutischen Milieus durch die Anwendung von Gruppenarbeit, durch individuelle Verordnung von zusätzlicher Arbeits- oder Lerntherapie und durch das verstehende, interpretierende Durchsprechen der frustrierenden Erlebnisse des Patienten mit dem Psychiater. Ein Gespräch dieser Art ist psychoanalytisch orientiert, d. h. es erkennt die Wichtigkeit der Übertragung von frühesten Kindheitsbezügen auf die jeweilige Umwelt und ihre für den Patienten wichtigen Bezugspersonen. Die gesamte psychiatrische Institution wird dabei

zu einem Instrument der Therapie gemacht. Die Erfahrungen und Erfolge der dynamischen Psychiatrie in den USA und in anderen Ländern sind ein sichtbarer Beweis für die genannten Thesen.

Zusammenfassend möchte ich betonen, daß man in einer dynamisch orientierten Psychiatrie auf Grund des klinischen Befundes zu einer Indikationstellung kommen muß, wann

a) psychoanalytisch-orientierte Milieupsychotherapie,

b) Gruppenpsychotherapie,

c) individuelle Psychotherapie im Sitzen mit zeitlich festgesetzten und regelmäßigen Behandlungsstunden,

d) die klassische Methode der Psychoanalyse und

e) eine Kombination der verschiedenen Methoden (besonders bei fortschreitendem Behandlungsprozeß) angewandt werden sollen.

Die psychoanalytisch orientierte Forschung in der dynamischen Psychiatrie versucht keineswegs nur experimentalpsychologische Modelle aufzustellen, sondern hat sich auch der experimentellen Erforschung der verschiedensten Ich-Zustände und der Schichten des Bewußten, Vorbewußten und Unbewußten zugewandt (einige Namen sollen in diesem Zusammenhang stellvertretend für viele stehen: Lawrence Kubie, Merton Gill, Margaret Brenman, Charles Fisher, Lawrence Stross, Howard Shevrin). Eine andere Forschungsrichtung in der dynamischen Psychiatrie konzentriert sich im wesentlichen auf die Analyse und Reflektion dessen, was zwischen dem Psychiater und seinem Patienten in der therapeutischen Situation stattfindet und welche Wirkungen es hat (Ekstein u. Wallerstein, Fabian, Hall, Luborsky; Mowrer et al., Sargent, Modlin, Faris u. Voth; Stone, Gertrude u. Ernst Ticho, Wallerstein u. Robbins, u. a.).

Es erscheint mir als vordringlichste Aufgabe der dynamischen Psychiatrie in Deutschland, sich im Sinne von William Menningers Ausspruch „Brains before bricks" der psychiatrischen Ausbildung zu widmen. Wir können dabei auf die Erfahrungen der Psychiatrie in den Vereinigten Staaten während der letzten 50 Jahre hinweisen und davon profitieren. Der deutsche Psychoanalytiker Alexander Mitscherlich bemängelt seit langem die Situation der deutschen Psychiatrie und ihren derzeitigen Erfahrungs- und Ausbildungszustand, der vom psychotherapeutischen Standpunkt völlig unzureichend ist.

Die Aufgabe der neuen Zeitschrift „DYNAMISCHE PSYCHIATRIE" soll es unter anderem auch sein, bei der Beseitigung dieser Mängel zu helfen. Die Zeitschrift ist unabhängig und wird von dem ebenfalls unabhängigen Lehr- und Forschungsinstitut für Psychodynamische Psychiatrie und Gruppendynamik in Berlin herausgegeben. Sie beginnt bewußt mit einem Stab von Mitarbeitern, in deren Denken, Fühlen und Arbeiten eine dynamische Psychiatrie seit langem zu einer Selbstverständlichkeit geworden ist. Obwohl sich unter ihnen Wissenschaftler von Rang und Einfluß befinden, sollen hier auch jüngere Kollegen zu

Worte kommen, die in Forschung und Therapie engagiert sind. Die Zeitschrift soll mehrsprachig erscheinen, vorerst jedoch nur in englischer und deutscher Sprache.

Mein langjähriger verehrter Lehrer und Freund, Prof. Dr. H. G. van der Waals, schrieb mir zu meinem Vorhaben:

"To promote psychodynamic psychiatry in Germany will not be an easy task and unless things have changed greatly since World War II it is to be expected that you will meet with many resistances. But, as William The Silent's motto stated: Il n'est pas nécessaire d'espérer pour entreprendre ni de réussir pour perséverer."

Dynamic Psychiatry

Günter Ammon*

It is the purpose of this journal to spread information and new ideas in the fields of psychiatry and psychoanalysis and in so doing contribute to the development of a dynamic psychiatry.

Dynamic psychiatry is to be understood as including the unconscious, the present, past and the future social factors in the life of a patient. The diagnosis must therefore be based on an understanding of the interdependence of the psychic, sociological, and somatic aspects which shape the individual's relation to his environment. In Germany for instance, the majority of experts still believe in an incurable "schizophrenia". If examples of a successful psychotherapeutic treatment of patients with schizophrenic reactions are reported they are commonly diagnosed as a kind of hysteria. This attitude is characteristic of the still prevailing finalistic method of diagnosis which is a remnant of the late 19th century. With Freud's exploration of the unconscious and its effects on the individual and society, however, a new dimension was introduced into psychiatric thinking: the patient's condition was no longer considered static and final, but ever-changing and dynamic. A similiar re-evaluation took place in general medicine, where new discoveries in the fields of biochemistry, cybernetics and physiology brought about an increasingly multidimensional understanding of diseases. A therapy which undertakes to deal with the patient as a physical, psychic and social entity (Erikson) requires the best possible cooperation of all members of the staff in a psychiatric hospital. One doctor is to be in charge of the therapeutic program for a specific patient, whom he has examined personally and with whom he continues to have daily interviews. Larger clinics, of course, form small groups for therapy and work on the basis of group dynamics which is of particular value for psychoses and borderline cases. In group dynamics the whole clinic is regarded as a miniature model of society which is to be applied therapeutically. The introduction of group dynamics into European psychiatry is another goal of this journal.

Dynamic psychiatry holds that from a diagnostic viewpoint the psychic, psychosomatic and psycho-sociologic aspects of the disturbance are moving on a complementary scale (Karl Menninger), beginning with the neurotic up to the schizophrenic reaction. The major determinants for the differences in degree of these reactions are the intensity and duration of the disturbed mother-child relationship and the ambivalence of the mother towards the child (Günter Ammon). The theory of the so-called constitutional and hereditary factors which has been paralyzing psychiatric therapy and research for the last 100 years must be discarded. Instead one should recognize the significance of ontogenetic factors and their greater contribution to theory as well as technique.

---

* Psychiatrist and Psychoanalyst in private office, Director of the Institute for Psychodynamic Psychiatry and Groupdynamics, Berlin. Consultant to the US Mission and US Army Hospital, Berlin. Training-Analyst at the Berlin Psychoanalytic Institute.

Furthermore attention will be called to the interpretation of psychiatry as a community concern (Barnes). Society must be made aware of its responsibility toward the mentally disturbed; too often the prejudices, fear and hostility with which the sick individual has to cope aggravate his condition and ultimately force him to enter a hospital, where the disintegration of his personality is usually made complete.

Another important branch of dynamic psychiatry is preventive psychiatry, which serves to instruct and protect the sane individual and his family circle. A first step in this direction is the thorough reformation and modernization of the many medieval hospitals which still virtually imprison patient and regard their adjustment to the clinical routine as the foremost therapeutical goal. There can be little doubt that the majority of these patients, if properly diagnosed and treated, could soon be re-integrated into our society.

As the development in the United States has shown, the solution to the problem does not lie in the construction of new hospital buildings if these keep the same hierarchical authoritarian structure behind their modern facades. Instead, following William Menninger's motto, "brains before bricks", financial means should be made available for expert training in the fields of psychiatry and psychoanalysis, for accomplished and more numerous clinical psychologists, group therapists, psychiatric social workers, nurses and adjunctive therapists. Intensive socio-psychologic research projects must be financed over longer periods of time and the research teams be given the opportunity to move freely around in the clinic in order to uncover actual and potential antitherapeutic factors.

In an antitherapeutic institution the patient is deprived of all responsibility and put in a situation of guardianship in which he re-experiences the same ambivalence which. through the influence of a domineering mother initiated and nourished his schizophrenic reaction. Thus a hostile control exercised by the clinic serves to intensify his disturbance.

In the therapeutically effective institution the patient is accepted and treated as a responsible person. He is given the responsibility for his actions, but at the same time knows that if necessary the clinical staff is at his disposal. Every effort is made to prevent him from becoming more infantile and dependent. This is accomplished mainly through a careful interpretative evaluation of the patient's early frustrating experiences and their revival in the clinic. Such an interview between the psychiatrist and the patient must be analytically oriented and will put to use the clinical environment as a therapeutic instrument. The outcome of the interviews will determine what kind of future therapy is to be applied, whether it be a psychoanalytically oriented milieu therapy, group therapy, individual psychotherapy at regular intervals, classical psychoanalysis or a combination of the various methods.

In view of the tremendous advancements made in this direction in the United States over the last 50 years the call for a similar reform in Germany should not go unheard. This journal will attempt to do its share in such a development by calling attention to the wide range of possibilities in the field of dynamic psychiatry as the most promising answer to a host of problems which exist in therapy and research. By way of conclusion it should be pointed out that, although several of the collaborators of this journal are scientists of renown, all colleagues, especially younger ones, are invited to join in the effort of spreading the experiences and results of dynamic psychiatry to the benefit of society and the individual, the sane no less than the disturbed.

(Summary: K. Butzke)

Literatur:

Alexander, Franz, & Ross, Helen: *Dynamic Psychiatry.* University of Chicago Press, Chicago 1952.

Ammon, Günter K.: *Theoretical Aspects of Milieu Therapy.* The Menninger School of Psychiatry, June 1959.

Ammon, Günter K.: *Zur Psychodynamik der schizophrenen Reaktion.* Dyn. Psy. 2. Heft, Oktober 1968.

Ammon, Günter: *The Psychotherapeutic Process of a Painter with Schizophrenic Reaction, demonstrated through pictures.* Proceedings 6. Convent. of the Interameric. Soc. f. Psychol. Mexico City, Univ. Dez. 1957.

Appleby, Lawrence: *Intrusion. A Social Psychological Approach to the Treatment of Chronic Mental Patients.* Journal of the Kansas Med. Soc. Vol IX, No. 4, April 1959.

Appleby, Lawrence: *Evaluation of Treatment Methodes for Chronic Schizophrenia.* General Psychiatry, Jan. 1963, Vol. 8, 6–21.

Appleby, Lawrence, Ellis, Normann C., & Smith, Robert Jack: *Toward a Definition of the Therapeutic Milieu Social Systems Project.* Osawatomie, State Hospital.

Appleby, Lawrence, Proano, A., & Perry, R.: *Theoretical VS Empirical Treatment Models: An Exploratory Investigation.* Glencoe III: The Free Press 1960.

Bellak, Leopold: *Schizophrenia a review of the syndrome.* Logos Press, New York 1958.

Belknap, Ivan: *Human Problems of a State Mental Hospital.* New York, McGraw-Hill 1956.

Bertalanffy, Ludwig von: *General System Theory.* Main Currents: In Modern Thought, Vol. 11, No. 4, March 1955.

Brandon, Mildred G., & Jackson, Edgar B.: *A Project on Resocialization of Patients in a Mental Hospital. The Team Concept.* Social Casework, Febr. 1961.

Burton, Arthur: *Psychotherapy of the Psychoses.* Basic Books, Inc., New York 1961.

Clark, D. H.: *Administrative Therapy, its Clinical Importance in the Mental Hospital.* The Lancet, April 1958, 805–808.

Crocket, Richard W.: *Doctors, Administrators and Therapeutic Communities.* The Lancet, August 13, 1960, issue Menninger School of Psychiatry, 1961.

Ekstein, Rudolf, & Wallerstein, Robert S.: *The Teaching and Learning of Psychotherapy.* Basic Books, Inc., New York 1958.

Epps, Robert L., Barnes, Robert H., & McPartland, Thomas S.: *A Community Concern.* Charles C. Thomas Springfield, Ill. 1965.

Erikson, Erik: *Childhood and Society.* Norton Comp., New York 1950.

Erikson, Kai T.: *Patient Role and Social Uncertainty. A Dilemma of the Mentally Ill.* „Psychiatry" 20: 263–274, August 1957, Menninger School of Psychiatry, 63.

Fisher, Carles: *The Construction of Dreams and Images.* Journal of the American Psychoanalyical Ass., Vol. V, No. 1, Jan. 57.

Gill, Merton M., & Brenman, Margaret: *Hypnosis and Related States.* International Universities Press, New York 1947.

Glasscote, Raymond M., Sanders, David S., & Forstenzer, H. M.: *The Community Mental Health Center.* American Psychiatric Ass., Library of Congress 1964.

Greenblatt, Milton, York, Richard H., & Brown, Esther Lucile: *From Custodial to Therapeutic Patient Care in Mental Hospitals.* New York, Russel Sage Found. 1955.

Group for the Advancement of Psychiatry: *Administration of the Public Psychiatric Hospital Report 46.* Publications Office, New York 1960.

Henry, Jules: *Types of Institutional Structure.* Psychiatry 1957, 20: 47–60.

Jones, Maxwell: *The Therapeutic Community.* New York, Basic Books 1953.

Kahne, Merton J.: *Bureaucratic Structure and Impersonal Experience in Mental Hospitals.* The McLean Hospital, Belmont, Mass.

Kubie, Lawrence S.: *Neurotische Deformationen des schöpferischen Prozesses.* Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, Reinbek bei Hamburg 1966.

Lidz, Theodor: *Zur Familienumwelt des Schizophrenen.* Stuttgart 1959.

Linn, Louis.: *A Handbook of Hospital Psychiatry.* Int. Universities Press, Inc. New York 1955.

Luborsky, Lester, Fabian, Michalina, Hall, Bernhard H., Ticho, Ernst, & Ticho, Gertrude R.: *Treatment Variables, II.* Bulletin of the Menninger Clinic, Vol. 22, No. 4, 1958.

Main, T. F.: *The Ailment.* Brit. J. Med. Psychol. 30:129–145, 1957.

Martin, Denis V.: *Institutionalisation.* The Lancet, Dec. 1955, 1188–1190.

Menninger, Karl, Mayman, Martin, & Pruyser, Paul W.: *A Manual for Psychiatric Case Study. Menninger Clinic Monograph Series, No. 8, Second Edition.* Grune & Stratton, New York and London 1962.

Menninger, Karl, Maymann, Martin, & Prayser, Paul: *The Vital Balance. The Life Process in Mental Health and Illness.* The Viking Press, New York 1963.

Menninger, William C.: *A Psychiatrist for a troubled World: Selected Papers.* New York, Viking 1967.

Menninger, William C.: *Psychoanalytic Principles Applied to the Treatment of Hospitalized Mental Patients.* Bull. Menninger Clin. 1:35–43, 1936.

Meyer, Adolf: *Objective Psychology or Psychobiology with Subordination of the medically useless contrast of mental and physical.* Journal American Medical Ass. 65:860, 1915.

Mitscherlich, Alexander: *Auf dem Wege zur vaterlosen Gesellschaft. Ideen zur Sozialpsychologie.* R. Piper & Co. Verlag, München 1965.

Mitscherlich, Alexander und Margarete: *Die Unfähigkeit zu trauern.* R. Piper & Co. Verlag, München.

Mitscherlich, Alexander: *Spiegel Interview.* Der Spiegel, 21. Jahrgang, No. 52, Hamburg, Dez. 1967.

Miura, Taiei: *The Family Psychopathology of Schizophrenia.* Sandorama, una publicacion sandoz, Madrid 5–11–Sept. 1966.

Modlin, C. Herbert, Faris, Mildred, & Gardner, Riley, W.: *Implications of a Therapeutic Process in Evaluations by Psychiatric Teams.* The American Journal of Orthopsychiatry, Vol. 28, No. 3, July 1958.

Morgan, Patricia M.: *Use of Group Work Techniques.* Social Casework, Febr. 1961.

Mowrer, O. Hobart: *Psychotherapy. Theory and Research.* The Ronald Press Company, New York 1953.

Rapaport, David: *The Theory of the Autonomy: A Generalization.* Bull. Menninger Clin., 22:13–35, 1958.

Sargent, Helen S., Modlin, Herbert C., Faris, Mildred T., & Voth, Harold M.: *Situational Variables, III.* Bulletin of the Menninger Clinic, Vol. 22, No. 4, 1952.

Sargent, Helen D.: *Methodological Problems of Follow-Up Studies in Psychotherapy Research.* The American Journal of Orthopsychiatry, Vol. XXX, No. 3, 1960.

Sargent, Helen D.: *Intrapsychic Change: Methodological Problems in Psychotherapy Research.* Journal for the Study of Interpersonal Processes, Vol, 24, No. 2, 1961.

Searles, Harold F.: *Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects.* The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis, London 1965.

Shakow, David, & Rapaport, David: *The Influence of Freud on American Psychology.* Int. Univers. Press, Spring 1965.

Stanton, Alfred H., & Schwartz, Morris S.: *The Mental Hospital.* Tavistock Publications Ltd., London 1954.

Stanton, A. H., & Schwartz: *The Management of a Type of Institutional Participation in Mental Illness.* „Psychiatry" 12, 13–26.

Stanton, A. H., & Schwartz: *Medical Opinion and the Social Context in the Mental Hospital.* „Psychiatry" 12, 243–9.

Stanton, A. H., & Schwartz: *Observation on Dissociation as Social Participation.* „Psychiatry" 12, 339–54.

Stone, Leo: *The Psychoanalytic Situation. The Freud Anniversary. Lecture Series.* Int. Univ. Press, Inc. New York 1961.

Stross, Lawrence, & Shevrin, Howard: *Differences in Thought. Organization between Hypnosis and the Waking State: An Experimental Approach.* Bulletin of the Menninger Clinic, Vol. 26, 1962.

Sullivan, Harry Stack: *Schizophrenia as a Human Process:* W. W. Norton & Company, Inc. New York 1962.

Wallerstein, Robert S., Robbins, Lewis L., Sargent, Helen D., & Luborsky, Lester: *The Psychotherapy Research Project of the Menninger Foundation. Rationale, Method and Sample Use.* Bulletin of the Menninger Clinic, Vol. 20, No. 5, Sept. 1956.

Zubowicz, George, & Appleby, Lawrence: *A Patient-Centered System: Design and Demonstration.* U.S. Dept. of Nat. Inst. of Health, Mental Health, Project Grant, The Menninger Foundation.

Zubowicz, George: *The Change to a Unit System.* Osawatomie, State Hospital.

Die Dynamische Psychiatrie und ihre Entwicklung in den Vereinigten Staaten

Leighton Whitaker*

Es ist mir eine interessante Aufgabe einen Beitrag über dynamische Psychiatrie in einer neuen europäischen Fachzeitschrift zu leisten, die sich dieses Themenkreises annimmt. Da ich nicht allzu vertraut bin mit der europäischen Einstellung zur dynamischen Psychiatrie, kann ich nur wenig über sie voraussetzen. Ich selbst habe allerdings immer die Meinung vertreten, daß das dynamische Verständnis in der Psychiatrie grundlegend für eine umfassende Beurteilung von Geistesstörungen ist. Daher mußte ich bei der Vorbereitung dieses Beitrages meiner eigenen Anschauung eine breitere Grundlage geben und die dynamische Psychiatrie neu durchdenken. Bei diesem Versuch habe ich mich bemüht, die grundlegenden Anfänge der dynamischen Psychiatrie aufzuzeigen, und habe hierzu ihre Elementardefinition und ihre erneute Definition durch die Psychoanalyse herausgegriffen, die ihre Entwicklung revolutionierten und in ein System brachten. Unser außerordentlich reiches europäisches Erbe in den Vereinigten Staaten umfaßt die Grundlagentheorie und -arbeit des dynamischen Verständnisses, die in ihren Anwendungen mit Begeisterung verfeinert und in die Hauptströmungen der Medizin, Psychologie und Soziologie integriert wurden. Auf diese Anwendungen und Querverbindungen habe ich in diesem Beitrag den Schwerpunkt gelegt und hoffe, daß sowohl Leser als auch Autor davon profitieren werden.

Grundlegende Definitionen

Der amerikanische Psychiater John Whitehorn (1952) hat einmal gesagt „der grundlegende Begriffsinhalt des Fachausdruckes Psychodynamik liegt darin, daß die psychologische Erfahrung die späteren Verhaltensweisen des Menschen entscheidend bestimmt" (S. 257). Wenn die Definition des dynamischen Verständnisses hier stehenbliebe, würde sie möglicherweise allgemeine und unzweideutige Aufnahme finden, da ja die Wahrheit von Existenz und Wirkung der psychologischen Erfahrungen offensichtlich ist. Whitehorn bemerkt, daß der berühmte deutsche Psychiater Wilhelm Griesinger, Begründer der organisch orientierten psychiatrischen Schule, in seinem Lehrbuch von 1882 ein psychodynamisches Verständnis des psychotischen Patienten formulierte, aber daß seine dynamischen Feststellungen „keinen erwähnenswerten Einfluß auf die psychiatrische Theorie seiner Zeit hatten" (S. 259). Als wirkungsvollste und vielversprechende grundsätzliche psychodynamische Einsicht in der Psychiatrie kann man vielleicht die sogenannten „moral treatment" Einrichtungen in England und den USA ansehen, die schon mehr als ein Jahrhundert vor dem Erscheinen von Griesingers dynamischen Feststellungen aufkamen. Bei diesen Einrichtungen lag der Schwerpunkt auf einer angenehmen Umwelt für geistesgestörte Patienten, durch die ein günstiges psychodynamisches Milieu geschaffen wurde. Trotz ihrer Wirksamkeit gingen sie hauptsächlich infolge ihrer Ablehnung durch die Schulmedizin unter, so daß es in der letzten Hälfte des 19. Jahrhunderts nur geringfügige Anwendungen eines grundsätzlich dynamischen Verständnisses in der Psychiatrie gab

* Ass. Prof. for Clinical Psychology, University of Colorado, Denver.

(Dain, 1964). Nach und nach wurde jedoch ein viel tiefer greifendes psychodynamisches Verständnis von J. M. Charcot entwickelt, der 1878 an der Pariser Salpêtrière Heilanstalt einen neuen Forschungsweg beschritt. Charcot und seine Schüler, unter ihnen Freud, studierten Paralysen und Amnesien, die nicht auf neurologischer Basis erklärbar waren (White, 1964). Von dieser Erfahrung und seiner Arbeit mit Breuer ausgehend, der Hypnose und Katharsis anwendete, begann Freud ein weitgehendes Verstehen psychologischer Einflüsse zu formulieren.

Die Ersterscheinung von Freuds *Traumdeutung* im Jahre 1899, in der er seine Konzeption vom „Unbewußten" darlegte, bedeutete eine Revolution im Verständnis und in der Definition der dynamischen Psychiatrie. Diese Konzeption brachte einen unerhörten Reichtum an Material in den Bereich der Psychodynamik. Freud fordert in dem heute klassischen siebenten Kapitel, wo er zwischen „dem Unbewußten und dem Bewußten" unterscheidet:

„... das Unbewußte muß als allgemeine Grundlage des psychischen Lebens angesehen werden. Das Unbewußte ist die größere Sphäre, die in sich die kleinere des Bewußtseins birgt. Alles Bewußte hat eine unbewußte Vorstufe, dagegen kann das Unbewußte auf dieser Stufe bleiben und dennoch beanspruchen, als etwas betrachtet zu werden, das den vollen Wert eines psychischen Vorganges hat. Das Unbewußte ist die wahre psychische Realität; in seiner geheimsten Natur ist es uns ebenso unbekannt wie die Realität der äußeren Welt, und es wird von den Daten des Bewußtseins genauso unvollständig dargestellt wie die äußere Welt durch die Kommunikation unserer Sinnesorgane" (S. 613).

Wenn der Inhalt des Unbewußten nur auf das beschränkt wäre, was dem Individuum unbewußt ist oder was lediglich wegen seiner Unwichtigkeit von ihm unbemerkt bleibt, hätte das Unbewußte weit weniger Bedeutung für die Psychiatrie. Was immer auf diese Weise unbewußt ist, hat keine psychologische Bedrohlichkeit und ist somit keine Ursache für eine Geistesstörung. Seine mangelnde Bedrohlichkeit macht es dem Bewußtsein leicht zugänglich und als notwendige Folge ergibt sich die bewußte Kontrolle. Aus diesem Grund können Ideen, Affekte und Haltungen dieses Typs vernachlässigt werden, und es wäre von geringem psychotherapeutischen Wert, ein Individuum zu beeinflussen, um ihm diese oberflächlichen Inhalte aufzudecken, in die Erinnerung zurückzurufen oder auch außerhalb seines Bewußtseins zu halten. Im allgemeinen ist es für den Psychiater weitaus wichtiger, die Aufmerksamkeit auf jene Ideen, Affekte und Haltungen zu konzentrieren, die das Individuum nicht zu erkennen wünscht. Diese schließen, um den Begriff von Alexander (1952), Kubie (1952) und Rapaport (1959) zu gebrauchen, das „dynamische Unbewußte"[1] ein. Sie sind gewaltsam vom Bewußtsein ausgeschlossen worden, weil das Individuum in ihnen eine bedrohliche, erschreckende Bedeutung verspürt hat. Da sie vom Bewußtsein ausgeschlossen worden sind, liegen sie auch außerhalb der Kontrolle des Individuums. Symptome oder Hemmungen, die aus dem Einfluß des dynamischen Unbewußten resultieren, werden vom Individuum als fremd oder „Nicht-Ich"-Phänomene empfunden, so wie es jene gefahrbedeutenden, furchterregenden Ereignisse einst als „Nicht-Ich" verspürte und aus dem Bewußtsein verdrängte; diese Inhalte

sind nun dynamisch unbewußt. Darüber hinaus ist sich das Individuum seiner eigenen Anstregungen und Mechanismen nicht bewußt, wenn es sich selbst vor fremden Ideen, Affekten und Haltungen verschließt.

Man könnte die Schlußfolgerung ziehen, daß der Begriff des dynamischen Unbewußten vom Standpunkt der allgemeinen Sinnesbeobachtung paradox ist. Es wird vorausgesetzt, daß das einen gewaltigen Einfluß ausübt, was nicht als wirklich empfunden wird und auch nur mit Schwierigkeit empfunden werden kann. Man könnte sogar buchstäblich sagen, daß der Begriff des dynamischen Unbewußten, auf dem die moderne dynamische Psychiatrie basiert, keinen Sinn hat. Vom wissenschaftlichen Standpunkt aus gesehen ist dies ein sehr häufiger Einwand, weil die Wissenschaft ständig mit Phänomenen arbeitet, die unsinnig erscheinen, d. h. die nicht direkt verständlich sind, die nur aus dem Verständnis ableitbar sind. Auch aus persönlicher, gefühlsmäßiger Sicht ruft es Widerstand hervor, weil wir ständig unsere eigene Abneigung, solch unerfreuliche Tatsachen zu sehen, bewältigen müssen. Die Konzeption des dynamischen Unbewußten ist zwar paradox, aber nicht a priori unhaltbar.

Mit dem Werk Freuds beginnend wurde das dynamische Verständnis in der Psychiatrie im wesentlichen so definiert, daß als Grundlage die Voraussetzung gilt, die unbewußten psychischen Faktoren – insbesondere die dynamisch unbewußten – als Grundlage jeder bewußten Erfahrung und der gesamten Verhaltensweise anzusehen. Da der Begriff des Unbewußten fast ausschließlich in der Psychoanalyse systematisch entwickelt wurde, kann man Alexander und Ross (1952) zustimmen, daß „die Tendenz zum dynamischen Verständnis in der Psychiatrie das Ergebnis der Einwirkung der Psychoanalyse – ihrer Theorie, ihrer Untersuchungsmethoden und ihrer Therapie – auf die gesamte Psychiatrie ist". In den Vereinigten Staaten wie auch anderswo hat diese Einwirkung der Psychiatrie ein wesentlich breiteres Betätigungsfeld erschlossen.

Die frühe Entwicklung in den Vereinigten Staaten

Neben der direkten Einwirkung auf Theorie und Praxis der Psychiatrie in den USA regte die psychoanalytische Bewegung eine ganze Reihe anderer Disziplinen an, etwa solche, die sich mit Ethnologie, der Entwicklung des Kindes, Psychologie oder physischer Medizin beschäftigten. Sowohl die Psychiatrie als auch diese anderen Disziplinen entwickelten wechselseitig in einem weit stärkeren Maße als bisher gemeinsame Interessen, so daß Fortschritte in einer Disziplin zu Entwicklungen in den anderen beitrugen. Im Hinblick auf die Tatsache, daß Freud Mitarbeiter vieler Gebiete ermutigte an der Entwicklung der Psychoanalyse teilzunehmen, überrascht diese gegenseitige Befruchtung natürlich nicht. Es war die Eigenart der neuen dynamischen Theorie, einen so weitgefächerten Einfluß auszuüben, weil sie eine Brücke schlug zum Verständnis der Verbindung von Geistesstörungen und der Gesamtbetrachtung des Menschen. Ein Überblick über die dynamische Psychiatrie in den Vereinigten Staaten muß also ziemlich weit angelegt sein; im Rahmen dieser Schrift kann ich die Entwicklung nur in groben Zügen umreißen.[2]

Die augenfälligste und unmittelbare Entwicklung vollzog sich auf dem Gebiet der klinischen psychiatrischen Praxis. Viele praktizierende Psychiater (und andere Fachleute) erhielten ihre psychoanalytische Ausbildung in Europa. Ihr

Einfluß und der jener Vielzahl von Psychoanalytikern, die in die USA emigrierten, gaben der psychotherapeutischen Praxis starke Impulse. 1933 wurde in der American Psychiatric Association (Lewis, 1959) eine Abteilung Psychoanalyse gegründet, die bald auf die Forschung wie auch auf die Psychotherapie Einfluß nahm. Die Psychotherapie selbst war nicht auf die Anwendung der Psychoanalyse beschränkt, sondern es entwickelte sich eine Richtung, die als „psychoanalytisch orientierte Psychotherapie" bekannt wurde. In den größeren Städten wurden psychoanalytische Institute und Gesellschaften gegründet. Einrichtungen für die Behandlung Geisteskranker begannen vom dynamischen Verständnis beeinflußt zu werden; sie gelangten am Worcester State Hospital (Massachusetts) zur Anwendung und wurden später intensiv an der Menninger Clinic (Kansas) und – um nur die bekanntesten Beispiele zu erwähnen – dem Austin Riggs Center (Massachusetts) weiterentwickelt. In diesen Institutionen sind psychotherapeutische Grundsätze auf das gesamte Milieu ausgedehnt worden, so daß man sagen kann, die ganze Klinik ist die therapeutische Technik.

Auch die Einwirkung auf die psychiatrische und psychologische Forschung war bedeutend. Ebenso wie in der klinischen Praxis war vielleicht ihr wichtigstes Ergebnis, den Kreis der untersuchten Phänomene erweitert zu haben. Wo jedoch dem Praktiker bereits eine Technik geliefert wurde, mußte der Forscher – recht oft ohne Erfolg – seine eigene erst zu entwickeln versuchen. Bemühungen, psychoanalytische Hypothesen zu beweisen und zu entwickeln, endeten häufig mit Mißerfolgen, die anfangs die psychoanalytische Theorie in Mißkredit brachten, später aber die Angemessenheit der Forschungstechniken und die theoretischen Erkenntnisse des Forschers in Frage stellten. Was die frühen Forscher anbetrifft – nicht allen waren wertvolle Ergebnisse versagt – kann man sagen, daß vieles in der psychoanalytischen Theorie unklar war. Hilgard (1952) zieht in seinem Rückblick über die experimentellen Methoden in der Psychoanalyse die Folgerung:

„. . . Freud und die anderen Psychoanalytiker haben zufällig genug Reales gefunden, so daß es für uns viel von ihnen zu lernen gibt, und nach einiger Durcharbeitung dieser Dinge wird sich ein Kernstück wissenschaftlicher Verallgemeinerung ergeben" (S. 3).

Ebenso wurde Boring (zitiert in Shakow und Rapaport, 1964), ein führender Experimentalpsychologe und Historiker der Psychologie, von dem Wert der neuen Dimension überzeugt, die Freud beisteuerte. Er bemerkt „die Psychologen verwehrten ihm (Freud) lange den Zutritt zu ihren Reihen, heute jedoch gilt er als eigentlicher Urheber, als die wirkende Kraft des Zeitgeistes, die den Vormarsch der Psychologie durch das Prinzip des unbewußten Prozesses zu Ende führte" (S. 181). Im Gefolge dieses Vormarsches rückten Psychologie und Psychiatrie enger zusammen.

Ungefähr ab 1932 begann sich ein Verständnis für körperliche Krankheiten zu entwickeln, das auf einem psychodynamischen Standpunkt verbunden mit dem somatischen beruhte. Die psychosomatische Forschung erkannte, daß es Störungen gibt, die weder nur psychogen sind (wie die Hysterie), noch primär von einem physischen Krankheitserreger verursacht werden. Bei diesen Störungen entsteht aus einer psychischen Konfliktsituation mit unterschiedlicher somatischer Bereitschaft eine tatsächliche physische Krankheit. In den zwanzig Jahren nach

1932 wurde eine große Anzahl physischer Krankheiten – u. a. Bronchialasthma, Migräne, Hautkrankheiten und verschiedene Arten sexueller Störungen – unter dem Blickwinkel der Psychosomatologie untersucht. Da man sah, daß somatische und psychologische Ursachen in mehr oder weniger starkem Maße bei allen physischen Krankheiten zusammenwirken, wurde vorgeschlagen, daß jeder Patient unter psychosomatischen Gesichtspunkten beobachtet werden sollte.

Die neue dynamische Methode wurde auch beim Studium der Anthropologie und der Kindererziehung angewandt, und in der Folge ergab sich eine enge Beziehung zwischen diesen Gebieten. Die Arbeit der Kulturanthropologen Ruth Benedict (1934) und Margaret Mead (1939) wurden in den Psychologievorlesungen vieler amerikanischer Universitäten und Colleges zur Pflichtlektüre.

Trotz vieler Beispiele bereitwilliger Aufnahme der dynamischen Methode in die frühe amerikanische Psychiatrie und ihre Nachbardisziplinen, wäre es ein Trugschluß anzunehmen, daß die Aufnahme allgemein und ohne Vorbehalt geschah. Die Zweifel in der psychologischen Fachwelt sind schon erwähnt worden. Ebenso erfolgte die Billigung durch die Medizin ziemlich zögernd, insbesondere was die Integration in die medizinische Ausbildung anbelangte, die der Psychiatrie gewöhnlich nur geringe Beachtung schenkte. Wie in anderen Teilen der Welt war die Ablehnung der Psychoanalyse häufig mit bitterer Entrüstung verbunden, deren Quelle Ignoranz und die inhärente Bedrohung durch die Enthüllung des dynamisch Unbewußten waren. Aus psychoanalytischer Sicht war die Ignoranz häufig durch diese Bedrohung motiviert, aber auch wenige und ungenügende Übersetzungen psychoanalytischer Literatur sowie die Tätigkeit psychoanalytischer Scharlatane waren Beweggründe für die Ablehnung[3].

In vieler Hinsicht stellte die frühe dynamische Psychiatrie wie auch die Psychoanalyse eine Motivations- und Triebpsychologie dar und hatte als solche einen gewissen unmittelbaren Wert und Anwendungsbereich. Die Konzeption der unbewußten Motivation lieferte eine Grundlage für eine allgemeine Psychologie ohne Überbau. Der Begriff des Es, der sich mit der Motivation befaßte, war besser entwickelt als der des Ich, der sich mit der Lenkung der Triebe beschäftigte. Darüber hinaus wurde dem Ich kein unabhängiger Status gegeben, vielmehr sollte es aus dem Konflikt zwischen dem Es und der Umwelt resultieren und allein seine Abwehrmechanismen waren gut definiert. Man konnte mit Recht sagen, daß die Psychoanalyse und die dynamische Psychiatrie wohl viel über die Motivationsbedeutung einer Vielzahl von Verhaltensweisen, jedoch relativ wenig über die Entwicklung von Fähigkeiten aussagten. Diesbezüglich fehlte der dynamischen Psychiatrie eine angemessene allgemeine Psychologie, die ja weder in der Psychoanalyse noch in der Schulpsychologie zu finden war. Jene vernachlässigte das Studium von Fähigkeiten, dieser fehlte eine Grundlage zu ihrem dynamischen Verständnis. Das Bedürfnis nach einer Psychologie des Ich erfüllte sich in einer stufenweisen Entwicklung der psychoanalytischen Ich-Psychologie, die der Psychiatrie eine allgemeine Psychologie geliefert und die traditionelle Psychologie befähigt hat, eine klinische psychologische Betrachtungsweise zu entwickeln. Aus historischer Sicht bietet die Entwicklung einer psychoanalytischen Ich-Psychologie wahrscheinlich die beste Einleitung zu aktuellen und zukünftigen Entwicklungen in der Psychiatrie[4].

Die psychoanalytische Ich-Psychologie

Rapaport (1959) hat die Entwicklungen der psychoanalytischen Ich-Psychologie in vier Phasen gegliedert. Ich will nur kurz die ersten drei erwähnen und den Nachdruck auf die vierte legen, weil sie es ist, die am besten in die jüngsten Entwicklungen der amerikanischen dynamischen Psychiatrie einführt.

Vor der Jahrhundertwende sah Freud das Ich hauptsächlich im Hinblick auf seine Abwehrreaktion gegen die Rückerinnerung einer schmerzhaften Tatsachenerfahrung, und das Ich war mehr oder weniger dem Bewußtsein gleichgesetzt. In der zweiten Phase um die Jahrhundertwende und kurz darauf wurde der Begriff des Sekundärvorganges und sein Funktionsmittel, das Realitätsprinzip, eingeführt. In der dritten Phase, gekennzeichnet durch die Veröffentlichung von *Das Ich und das Es* (Freud, 1923), werden dem Ich eigene Energien zugeschrieben (die sich jedoch vom Es ableiten).

Diese Phase findet ihren Höhepunkt in Anna Freuds Schrift *Das Ich und die Abwehrmechanismen* (1936), die spezifische Abwehrmechanismen ausarbeitet und die Rollen der Affekte erforscht.

Die vierte Phase, etwa seit 1939, ist auf die Ich-Konzeptionen von Hartmann, Kris und Löwenstein aufgebaut: Ich und Es sind eher Differenzierungen einer gemeinsamen Basis, als daß das Ich aus dem Es entwickelt wurde. Die auf diesen Vorstellungen aufbauenden Beiträge sind von Rapaport in *The Theory of Ego Autonomy* (1958) beschrieben worden. In dieser Phase werden die Anpassungsfunktionen des Ich betont und ausgearbeitet; zugleich wird eine Brücke zu Eriksons klassischer Arbeit *Childhood and Society* gebaut, in der Ich-Entwicklung in Beziehung gesetzt wird einerseits mit der Psychosexualität und andererseits mit der gesellschaftlichen Umgebung in bezug auf die phasenspezifische Entwicklung des Kindes. In dieser Periode der psychoanalytischen Ich-Psychologie liegt der Schwerpunkt ganz besonders auf der Deutung der Entwicklungs- und Anpassungsfähigkeit menschlichen Verhaltens und nicht nur auf seiner Nichtanpassungsfähigkeit. Mit dieser Periode nähert man sich der Vollendung einer allgemeinen Psychologie, wie sie lange Zeit das Ziel vieler Psychoanalytiker einschließlich Freud und Hartmann war[5].

Obwohl die dynamische Psychiatrie weit ausgebaute Fakten von Motiven, Anpassungs- und Nichtanpassungsfaktoren in der Entwicklung des Individuums enthält, können wir doch einen erheblichen Mangel in der Entwicklung der Betrachtung des Menschen aus der Sicht der Moral, der Ethik oder des Über-Ich feststellen. Zwar ist das ethische Verhalten des praktizierenden Psychoanalytikers ziemlich gut bestimmt worden, und es sind auch Arbeiten erschienen, die dieses Thema (z. B. Hartmann, 1960; Erikson, 1964) für den heutigen Menschen aufgreifen, dennoch ist es erforderlich, wie später noch gezeigt werden wird, daß die Über-Ich-Funktion oder das Problem der Werte im menschlichen Verhalten noch erheblich weiterer Forschung bedarf. Diese und andere Probleme sind in der gegenwärtigen Entwicklung der dynamischen Psychiatrie von besonders großem Interesse.

Aktuelle Entwicklungen

Mit der Ausweitung der psychoanalytischen Theorie von einer Psychologie des Impulslebens oder der Triebe und Motive zu einer Psychologie, die sich syste-

matisch mit den Beziehungen zwischen den Trieben und der Ich-Entwicklung beschäftigt, hat es drei besonders bemerkenswerte Entwicklungen in der gegenwärtigen amerikanischen Psychiatrie gegeben.

In den Vereinigten Staaten haben medizinische Ausbildungsstätten in steigendem Maße die Psychiatrie als wichtigen Teil ihres Studienplanes aufgenommen, und dynamisch orientierte Psychiater sind fester Bestandteil des Lehrkörpers geworden. In vielen Fällen sind Psychoanalytiker nebenamtlich „klinische Professoren" oder sogar ständige Fakultätsmitglieder geworden, die Anfangssemester wie auch Fortgeschrittene unterrichten. Ein wesentlicher Beweggrund für die weitaus positivere Haltung gegenüber der dynamischen Psychiatrie ist zweifellos das größere Verständnis und die Anwendbarkeit der psychoanalytischen Theorie, dargelegt in der psychoanalytischen Ich-Psychologie. In einigen psychiatrischen Lehrstätten, wie etwa an der Universität von Colorado, bildet die psychoanalytische Ich-Psychologie den Rahmen, innerhalb dessen Psychiatrie (und auch klinische Psychologie) gelehrt wird. In den Vereinigten Staaten ist augenblicklich die bisher stärkste Anerkennung der Psychiatrie durch die medizinische Wissenschaft zu verzeichnen. Man kann mit Sicherheit sagen, daß die Psychiatrie nicht mehr wie einst das Stiefkind der Medizin ist. In Havard, Yale und anderen führenden medizinischen Ausbildungsstätten wählen viele der besten Studenten Psychiatrie als Spezialfach. Diese moderne Hervorhebung der Psychiatrie ging Hand in Hand mit der Betonung einer erweiterten Allgemeinbildung für Medizinstudenten, insbesondere für diejenigen, die beabsichtigten, Psychiater zu werden. Die gleichzeitige Erweiterung der Psychiatrie und der Ausbildungsgrundlagen für Medizinstudenten bildete den Anstoß zu einer zweiten Entwicklungsphase in der amerikanischen dynamischen Psychiatrie.

Obwohl die klinische Psychologie als Beruf schon vor den vierziger Jahren dieses Jahrhunderts und damit in der Frühzeit der amerikanischen dynamischen Psychiatrie existierte, erfolgte ihr eigentlicher Durchbruch nicht vor dieser Zeit. Damals verlangten die aus dem 2. Weltkrieg resultierenden wachsenden Anforderungen an die Psychiatrie eine engere Verbindung zwischen der Psychiatrie und der akademischen Psychologie, so daß die Psychiatrie sich stärker psychologisch und die Psychologie sich weniger akademisch, sondern mehr klinisch und praktisch orientierten. So entwickelte sich das neue Berufsgebiet der klinischen Psychologie[6]. Bestimmendes Merkmal des neuen Gebietes wurde der psychologische Test zum Zwecke der Diagnose und der Beurteilung der Persönlichkeitsstruktur. Das grundsätzliche psychodynamische Konzept der unbewußten Motivation war die Grundlage der Entwicklung vieler „Projizierungstests" der Persönlichkeit zusätzlich zum Rorschach-Test, der schon früher aus Europa eingeführt worden war. Klinische Psychologen, deren Ausbildung gründlicher und länger wurde, begannen ebenfalls an der Psychotherapie teilzunehmen. In den letzten Jahren sind der Doktor der Philosophie und eine einjährige Praxis an einer zur Ausbildung anerkannten Klinik oder einem Krankenhaus zur allgemeinen Minimalforderung der Ausbildung in klinischer Psychologie geworden. Die psychologische Forschung hat den Akzent mehr und mehr auf klinische und die Persönlichkeit betreffende Untersuchungen gelegt. Die wachsend stärkere Einbeziehung von Psychologen in die psychoanalytische Forschung hat sich auch

in der Literatur in den Arbeiten über „styles of behavior" wie Shapiros *Neurotic Styles* (1965) und in der Arbeit an der Menninger Clinic und anderswo über „cognitive styles" niedergeschlagen (z. B. Gardner et al., 1959, 1960); diese Stile spezifizieren andauernde Ich-Eigenschaften, die teilweise Charakterstruktur definieren.

Eine dritte, besonders bemerkenswerte Entwicklung in der gegenwärtigen dynamischen Psychiatrie sind die „Community Mental Health"-Bewegung, die „Community Psychiatry" sowie das Wachstum der „Social Psychiatry". Das zentrale Anliegen dieser „Community Mental Health"-Bewegung hat das Ziel, Geistesstörungen vorzubeugen. Zusätzlich zu Krankenhaus- und Klinikbehandlungen, die als tertiär- bzw. sekundär vorbeugende Maßnahmen aufgefaßt werden, besteht die primär prophylaktische Absicht darin, epidemische Faktoren, „die einen bestimmten Bevölkerungsteil im voraus zum geistigen Zusammenbruch bestimmen" (Hume, 1966, S. 523), so stark wie möglich zu reduzieren. Es ist das primär vorbeugende Bemühen und die Konzentration auf die psychologischen, sozialen, wirtschaftlichen und anderen Gegebenheiten der gesellschaftlichen Umgebung (Community environment), die die geistige Gesundheit der Gesellschaft hauptsächlich bestimmen. Dynamische Psychiater, darunter viele Psychoanalytiker, haben führende Rollen in diesem relativ neuen Gebiet psychiatrischer Spezialisierung eingenommen. Auf diesem Gebiet hat die dynamische Psychiatrie ihren breitesten Wirkungsbereich gefunden, und dieser wird, obwohl die Ziele ziemlich gleichbleibend sind, von Jahr zu Jahr von Grund auf neu definiert. Vom Standpunkt der beruflichen Identität aus gesehen besteht in diesen „Community" orientierten Institutionen weitaus mehr Gemeinsamkeit zwischen den Aufgaben der Psychiater, Psychologen und „social worker" als in anderen Bereichen der Psychiatrie. Viele Bundesstaaten haben jetzt großangelegte „Community Mental Health"-Programme, die mit unterschiedlichen Anteilen von Gemeinde-, Landes- und Bundesgeldern finanziert werden. Zur Stunde ist es verfrüht, die Wirksamkeit der „Community Mental Health"-Bewegung zu beurteilen und es bleibt ihr gegenüber bei vielen Psychiatern ein starker Vorbehalt bestehen.

Zum Schluß dieser Arbeit möchte ich noch einige Aufgaben und Aussichten der dynamischen Psychiatrie in den USA aufzeigen. Dieser letzte Teil der Arbeit wird notwendigerweise weitaus mehr spekulativ und weniger deskriptiv als bisher sein.

Die Zukunftsaussichten der dynamischen Psychiatrie

Abgesehen von der „Community Mental Health"-Bewegung und der Beschäftigung mit Werten im menschlichen Verhalten habe ich kaum Entwicklungen in den Vereinigten Staaten und anderswo berührt, die grundsätzliche Fragen für die dynamische Psychiatrie aufgeworfen haben. In dem Maße wie die Wissenschaft wächst, sucht sie mehr und mehr Erscheinungen zu begreifen – so verhält es sich auch mit der Wissenschaft vom menschlichen Verhalten.

Die Theorie und Technik von „behavior therapy" haben jüngst eine starke Entwicklung erfahren[7]. Sie basiert z. T. auf Pawlows bekannten Versuchen zu bedingten Reflexen, die seit langem von großem Interesse für amerikanische Psychologen gewesen sind. Obwohl diese Versuche auf den ersten Blick von der

Betrachtungsweise der Psychoanalyse stark abzuweichen scheinen, gibt es zwischen beiden doch viele gemeinsame Prinzipien, wie etwa den Begriff der Assoziationsprozesse, die zum Erscheinen der Symptome führen. Sie alle – die „Community Mental Health"-Bewegung, die „behavior therapy" und die existentialphilosophischen Betrachtungen des Menschen – haben mit großem Nachdruck die Frage nach den Wertkategorien, der Ethik und der Moral des menschlichen Verhaltens aufgeworfen. Wie man sich von einem früheren Abschnitt dieser Arbeit erinnern wird, hat die dynamische Psychiatrie diesem Problem bis heute weniger Aufmerksamkeit gewidmet als den Fragen, die mit der Motivation und der Ich-Entwicklung zusammenhängen. Goodman bezieht sich in einer Darstellung an die American Psychoanalytic Association (1965) auf die dringende Notwendigkeit, den Begriff des Über-Ich neu zu überprüfen, und stellt eine beträchtliche Vernachlässigung in dessen Entwicklung fest.

Ein Schlußwort zur dynamischen Psychiatrie soll sich auch auf ihre berufliche und politische Organisation beziehen. Im einzelnen scheint es wichtig, jene psychoanalytischen Institute in den Brennpunkt der Betrachtung zu stellen, die nicht nur anregend, sondern auch hemmend auf die Wissenschaft vom menschlichen Verhalten gewirkt haben. Die großen Werte der dynamischen Psychiatrie – ihre umfassende Breite und ihre Aufgeschlossenheit – sind immer begrenzt worden durch die strikten amerikanischen Zulassungsbeschränkungen für psychoanalytische Kandidaten, die klinisch praktizieren dürfen, auf Absolventen einer medizinischen Hochschulausbildung. Freud fordert in *Das Problem der Laienanalyse* nachdrücklich die Einbeziehung einer gesunden Vielfalt von Fachrichtungen; doch sein Ratschlag hat trotz der Tatsache, daß viele der bedeutendsten Beiträge weiterhin von Nichtmedizinern kommen, auf die American Medical Association und auf die American Psychoanalytic Association keine Wirkung gehabt.

Eissler (1965) und andere medizinische Psychoanalytiker haben die gefährlich hemmende Wirkung der orthodoxen Medizin auf die Zukunft der Psychoanalyse herausgestellt. Die Gefahr liegt darin, daß die Psychoanalyse zu einem sterilen Kult erstarrt, statt vielmehr eine aufgeklärte, schöpferische Wissenschaft zu bleiben, die fortfährt, die Psychiatrie und das Wissen vom Menschen zu bereichern. (Übersetzung: Gisela Ammon)

Anmerkungen

1. Dieser Ausdruck entspricht Freuds „Das Unbewußte", während Freuds „Vorbewußtes" dem gewöhnlichen, nicht bedrohlichen Unbewußten in seinen letzten zusammenfassenden Formulierungen in *Abriß der Psychoanalyse* (1949) entspricht, geschrieben im Jahre 1938, wo sie dann im Kapitel 4 als „geistige Qualitäten" diskutiert werden.
2. *Dynamic Psychiatry* (1952) von Alexander und Ross gibt einen umfassenden Überblick über die Rolle der dynamischen Psychiatrie in den Vereinigten Staaten zu der Zeit, als das Buch veröffentlicht wurde. Lewis (1959) schildert die Entwicklung der dynamischen Psychiatrie in den USA in Verbindung mit der Schrift „American Psychiatry to World War II".
3. Eine hervorragende Darstellung der Faktoren, die Annahme oder Ablehnung der Psychoanalyse in den Vereinigten Staaten beeinflußt haben, liefern Shakow und Rapaport, 1964, pp. 55–97.
4. Hartmann (1956) hat „Die Entwicklung des Ich-Begriffes in Freuds Werk" beschrieben, und Rapaport (1959) hat einen „Historischen Überblick der psychoanalytischen Ich-Psychologie" vorgelegt, der die Beiträge von Hartman und Erikson einschließt.

5. Die konkreteste Verwirklichung dieses Zieles ist vielleicht der Hartmann gewidmete Band *Psychoanalysis – A General Psychology* von Lowenstein, Newman, Schur und Solnit (Eds.), 1966.
6. Einen Beitrag über klinische Psychologie im Hinblick auf ihre Entwicklung aus dem doppelten Ursprung von Psychiatrie und Schulpsychologie ist enthalten im Artikel von Sargent und Mayman im *American Handbook of Psychiatry* (1959).
7. Ein äußerst wichtiges Nachschlagewerk für dieses Gebiet ist Wolpes *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition* (1958).

Literatur:

Alexander, F., & Ross, H. (Eds): *Dynamic psychiatry.* Univ. Chicago Press, Chicago 1952.

Alexander, F., & Szasz, T.: "The psychosomatic approach in medicine". In F. Alexander and H. Ross (Eds), *Dynamic psychiatry.* Univ. Chicago Press, Chicago 1952.

Benedict, R.: *Patterns of culture.* Houghton Mifflin, Boston 1934.

Dain, N.: *The rise and fall of moral treatment.* Rutgers Univ. Press, New Brunswick, N. J. 1964.

Eissler, K.: *Medical orthodoxy and the future of psychoanalysis.* International Univ. Press, New York 1965.

Erikson, E.: *Childhood and society.* Norton, New York 1950.
Erikson, E.: *Insight and responsibility,* Norton, New York 1964.

Freud, A. (1936): *The ego and the mechanisms of defense.* International Univ. Press, New York 1946.

Freud, S. (1899): *The interpretation of dreams.* Basic Books, New York 1960.
Freud, S. (1923): *The ego and the id.* Hogarth, London 1947.
Freud, S. (1938): *Question of lay analysis.* Norton, New York 1950.

Gardner, R., Holzmann, P., Klein, G., Linton, H., & Spence, D.: "Cognitive controls." *Psychol. Issues* I, No. 4, 1960.

Gardner, R., Jackson, D., & Messick, S.: Personality organization in cognitive controls and intellectual abilities." *Psychol. Issues* II, No. 4.

Goodman, L.: "Current status of the theory of the superego." *J. Amer. Psychoanal. Assoc.,* 13, No. 1, 172–180, 1965.

Hartmann, H., Kris, E., & Lowenstein, R. (1946): "Comments on the formation of psychic structure." In R. Eissler, A. Freud, H. Hartmann and E. Whitaker.

Hartmann, H.: *Psychoanalysis and moral values.* International Univ. Press, New York 1960.

Hilgard, E.: "Experimental approaches to psychoanalysis." In E. Pumpian-Mindlin (Ed.) *Psychoanalysis as science.* Stanford Univ. Press, Stanford 1952.

Hume, P.: "General principles of community psychiatry." In S. Arieti (Ed.) *American handbook of psychiatry. Vol. III.* Basic Books, New York 1966.

Kris (Eds): *The psychoanalytic study of the child, Vol. I,* 11–30. International Univ. Press, New York 1946.

Kubie, L.: "Problems and techniques of psychoanalytic validation and progress." In E. Pumpian-Mindlin (Ed.) *Psychoanalysis as science.* Stanford Univ. Press, Stanford 1952.

Lewis, N.: "American psychiatry from its beginnings to World War II." In S. Arieti (Ed.) *American handbook of psychiatry, Vol. I.* Basic Books, New York 1959.

Mead, M.: *Growing up in New Guinea.* William Morrow & Co., New York 1930.

Rapaport, D.: "The theory of ego autonomy: a generalization." *Bull. Menninger Clinic,* 22, 13–35, 1958.

Rapaport, D.: "The structure of psychoanalytic theory: a systematizing attempt." In S. Koch (Ed.) *Psychology: a study of a science.* McGraw-Hill, New York 1959a.

Rapaport, D.: "A historical survey of psychoanalytic ego psychology." Introduction in E. Erikson "Identity and the life cycle." *Psychol. Issues,* I, No. 1, 1959b.

Shakow, D., & Rapaport, D.: "The influence of Freud on American psychology." *Psychol. Issues,* IV, No. 1, 1964.

Shapiro, D.: *Neurotic styles.* Basic Books, New York 1965.

White, R.: *The abnormal personality.* Ronald Press, New York 1964.

Whitehorn, J.: "Psychodynamic approach to the psychoses." In F. Alexander and H. Ross (Eds.) *Dynamic psychiatry.* Univ. Chicago Press, Chicago 1952.

Dynamic Psychiatry and its Development in the United States

Leighton Whitaker*

The author summarizes the development of dynamic psychiatry from its most fundamental definition by Griesinger and Charcot to its redefinition through Freuds influence. He suggests the psychodynamic approach of the "moral treatment" institutions, which emphasized the importance of a favorable milieu for disturbed patients as being the most effective and promising for therapy. A more profound dynamic view was established by the study of non-neurologic paralyses and amnesias in the school of Charcot. Freuds elaboration of his concept of "the unconscious" in 1899 was the beginning of a new era in the definition and scope of dynamic psychiatry. Unconscious ideas, affects and attitudes, which are only unconscious due to their lacking importance for the individual, are of little relevance for psychotherapy because of their non-threatening nature. To a much higher degree the spotlight of interest is fixed on those ideas which the individual has excluded from awareness, i. e. from his control as well. The "dynamic unconscious" (as Alexander, Kubie and Rapaport called it) is perceived by the individual as "not me". Whitaker confirms that the concept of the "dynamic unconscious" ist paradoxical from the standpoint of common sense observation because it is based on the assumption that a powerful influence is exerted by things which are not sensed presently and cannot be readily sensed; nevertheless the concept is not inherently untenable. The work of Freud led to the theory that dynamically unconscious psychic determinants have a decisive influence on all conscious experience and behavior. Since the concept of the unconscious was almost exclusively developed in psychoanalysis, one might say that dynamic psychiatry is more or less a result of the impact of psychoanalysis upon psychiatry (Alexander, Ross).

The author outlines the early development of dynamic psychiatry in the U. S. noting the cross-fertilizations among psychoanalysis, psychiatry, anthropology, psychology, child development and physical medicine; this broad interest of dynamic theory established a connection between mental disturbances and the whole study of man. The influence of dynamic theory became most evident in clinical psychiatric practice, where it culminated in the founding of psychoanalytic institutes and societies and in the development of a so-called "psychoanalytically-oriented psychotherapy".

This was partly a consequence of the great influence of European psychoanalysts and to some extent of progressive hospitals (such as the Worcester State Hospital or the Menninger Clinic) where psychoanalytic principles had been extended to the entire Milieu. In the early time psychoanalytic theory was more or less vague, though the

* Ass. Prof. for Clinical Psychology, University of Colorado, Denver.

range of studied phenomena in psychiatric and psychologic research was broadened. About 1932 a psychosomatic approach to physical illnesses started to develop, i. e. one became aware of the fact that physical illnesses may derive from a combination of somatic and psychological causes.

Though there was a certain acceptance of dynamic theory in the early time it was far from being universal, especially the recognition by traditional medicine was more than hesitating; as a consequence there was but little consideration of psychiatry in the medical school curriculum. A more general ignorance was based on the poor availability of psychoanalytic translations and on the latent threat in the revelation of the dynamic unconscious.

In the third part of his study Whitaker deals with psychoanalytic ego psychology, whose development was necessary because dynamic psychiatry lacked an adequate general theory. The author describes Rapaports historical four phases in the development of psychoanalytic ego psychology, he stresses the fourth phase about 1939 based on contributions of Hartmann, Kris and Lowenstein. This phase emphasizes the adaptive functions of the ego, or more general the development and adaptiveness of human behavior and thereby comes near to the old goal of a general psychology. Whitaker, however, complains that psychoanalysis neglected a similiar theoretical development as far as the concept of the super-ego is concerned.

Whitaker's paper gives emphasis to the current situation of American psychiatry: He thinks three areas of current dynamic psychiatry noteworthy:

1. Due to the greater comprehensiveness and practicality of psychoanalytic theory, dynamic psychiatry has become an important part of American medicine.
2. The demands of World War II on psychiatry caused a close relationship between psychiatry and academic psychology, i. e. psychiatry became more psychologically-oriented and academic psychology more clinical and practically-oriented. As a result, by the 1940ies, a noticeable clinical psychology developed, whose characteristic marks were psychological testing for diagnostic and personality assessment purposes and participation of clinical psychologists in psychotherapy.
3. The growth of community mental health centers, community psychiatry and social psychiatry is the third important aspect. The main goal of the community mental health movement is a preventive one, for clinical treatment is just a tertiary or secondary measure of preventive therapy; it takes into consideration all conditions of the community environment, especially psychological, social and economic factors. It is in the area of community mental health problems that dynamic psychiatry finds its most profound and extensive tasks.

Concluding his paper Whitaker outlines the future challenges of dynamic psychiatry. In order to secure the further development of "behavior therapy" more attention has to be paid to the issue of values, ethics and morality in human behavior, a problem which has also been raised by community mental health centers. In other words: there is a necessity for the re-evaluation of the superego-concept (Goodman). Another question already brought into discussion by Freud is the integration of a broader variety of professional disciplines for the purposes of lay analysis and the constricting influence of school medicine on psychoanalysis.

(Summary: M. Bislich)

Aspekte in der psychiatrischen Therapie, die die schizophrene Reaktion fördern und erhalten

Martin Grotjahn* und Phillip Wells**

Es gibt unter Psychiatern einen Persönlichkeitstyp, der mit dem der Mutter verglichen werden kann, die durch ihr Verhalten bei ihrem Kind Schizophrenie hervorruft. Für diesen Muttertyp prägten Gregory Bateson und Don Jackson den Ausdruck „schizophrenogenic mother". Sie bringt ihr Kind in eine widersprüchliche Situation, indem sie sagt: „Komm her und geh weg – und sieh nicht den Widerspruch."

Die „schizophrenogenic mother" braucht ihr Kind dringend und tut alles, um es nah bei sich zu behalten. Gelingt ihr das, so wird sie ängstlich und verkrampft und stößt das Kind von sich. Es ist, als sage diese Mutter zu ihrem Kind: „Ich brauche dich – du bist mein ganzes Leben – du mußt ganz nah zu mir kommen" – gehorcht das Kind, sagt sie: „Ich kann dich nicht ertragen – du verursachst mir zuviel Spannung und Sorge – geh weg – aber sag' es niemandem."

Das Kind reagiert auf diese gleichzeitige Verführung und Abweisung mit Verzweiflung, Wut, Verwirrung und später möglicherweise mit psychotischem Verhalten. Die ausweglose Situation des Kindes wurde gut durch die Bemerkung eines Patienten von Don Jackson charakterisiert: „Wie kann ich Mutters Hand halten und gleichzeitig Baseball spielen?" –

Ähnlich ist das Verhalten des Therapeuten, der Schizophrenie bei seinem Patienten hervorruft. Einer unserer Patienten nannte seinen früheren Therapeuten einen „hit and run"-Therapeuten. Er wollte damit ausdrücken: „Sie können mich faszinieren – Sie lassen in mir das Gefühl entstehen, daß Sie mich brauchen und daß wir uns gegenseitig helfen können – aber wenn ich Sie wirklich brauche, kann ich Sie nicht finden – Sie sind nicht mehr da."

Unsere therapeutische Behandlungsweise fordert den Patienten tatsächlich auf, uns nahezukommen. Wir bieten in der Behandlung unsere auf Verständnis beruhende Unterstützung an. Es ist dies die Haltung einer Mutter, die ihr Kind großzieht. Doch im Gegensatz zu der Mutter, die Schizophrenie hervorruft, sagt der Therapeut nicht: „Geh weg – du verursachst mir zuviel Sorge." Er sagt etwas ganz anderes: „Sie brauchen mich heute, und ich werde da sein, aber morgen müssen Sie erwachsen werden. Ich werde Sie nicht im Stich lassen, aber Sie müssen erwachsen werden." In der therapeutischen Situation und Technik gibt es den Hinweis und das Motto: „Vertraue mir, und werde erwachsen!"

Der willige Patient versteht dies – so wie er versteht, was Beethoven meinte, als er einmal sagte: „Wenn Sie meine Musik verstehen, sind Sie gerettet!" Wenn der Patient den guten Willen des Therapeuten erkennt und durch Leid und

---

* a. o. Prof. für Psychiatrie an der Univ. von Südkalifornien, Direktor und Vorsitzender des Unterrichtsausschusses der Training School of the Institute for Psychoanalytic Medicine.

** Praktizierender Psychiater, Arcadia, Calif.

Schmerz geht, ohne das Ziel der Reifung aufzugeben, kann ihm geholfen werden. Dies nennen wir mit anderen Worten therapeutische Zusammenarbeit und den Willen zur Gesundung.

Ein anderer Patient in der ausweglosen Situation der doppelten Bindung sagte einmal nach bemerkenswerter Besserung: „Ich habe gelernt, Ihnen zuzuhören ohne verführt zu werden!" Ein Therapeut muß die Triebkräfte und Mechanismen kennen, um Unheil für seine Patienten und sich zu vermeiden. Er befindet sich immer in der Gefahr, von seinem Patienten in die Rolle der „schizophrenogenic mother" versetzt zu werden. Es ist sehr wichtig zu wissen, daß es Patienten gibt, die durch ihren Wiederholungszwang veranlaßt werden, sogar den erfahrenen Therapeuten mit Einsatz aller Mittel und Manipulationen in diese Mutterrolle hineinzudrängen. Dies ist ein Teil ihrer Übertragungsneurose (oder -psychose). In solchen Situationen wird der Psychiater durch seinen Wunsch zu helfen und durch das herausfordernde Benehmen des Patienten förmlich gezwungen, ihm die Erfüllung seiner kindlichen Forderung zu verweigern. Die latente kannibalische Feindseligkeit muß, wenn möglich, behandelt werden. Es gibt Patienten, die ständige Besserung geloben und den Therapeuten auf diese Weise anregen, immer mehr zu geben. Doch diese Gruppe von Patienten liefert zum Schluß immer den Beweis, daß die Symbol-Mutter der therapeutischen Situation eine schlechte Mutter ist. Sie sind durch ihr Schicksal gezwungen zu beweisen, daß alle Mütter schlecht sind und Psychotherapeuten keine Ausnahme bilden. Es ist gerade diese Art von Patienten, die mehr als alle anderen eine Beziehungstherapie brauchen und sie dennoch am wenigsten ertragen können. Sie brauchen sie, um zu lernen, wieder Vertrauen zu haben, aber sie verstehen die Wechselwirkung zwischen der Einladung zur Vertrautheit und der Bitte nach unabhängiger Reifwerdung nicht. Die Patienten mit der größten Verfolgungsangst und mit einer geringen Vertrauensgrundlage brauchen von ihrem Therapeuten liebevolle und spontane Antworten und können doch nur wenig davon aufnehmen. Wenn der Therapeut bei seiner Annäherung zu überwältigend vorgeht, kann er den Patienten mit seinen guten Absichten mehr verletzen, als er ihm helfen wird. Eine Lösung dieses Problems ist noch nicht gefunden worden.

Es besteht eine weitere Gefahr für den Therapeuten, wenn er nicht weiß, wie er seine Technik der Annäherung und Entfernung geschickt anzuwenden hat. Die Gefahr für den Therapeuten liegt nicht nur in der Beziehung zu seinem Patienten, sondern auch in der Beziehung zu seiner Umwelt.

Ein guter Therapeut ist immer ein Therapeut; Psychiater zu sein, ist für viele von uns eine Lebensform. Es ist eine Haltung, die wir aus der therapeutischen Situation in das persönliche Leben unserer Familien und Freunde hineintragen. Einige von uns differenzieren jedoch nicht stark genug und entwickeln ähnliche Verhaltensmuster, mit denen auch wir in unserer Praxis arbeiten und mit deren Anwendung wir zu Hause fortfahren. Wenn ein schizophrenieerzeugender Therapeut dies nicht weiß, begibt er sich in die konkrete Gefahr, Menschen anzuziehen, denen er mehr zu versprechen scheint, als er halten kann. Er wird seine Freunde enttäuschen, entmutigen und verärgern.

Ein indirektes Beispiel für eine solche Entwicklung ist Sigmund Freud in seiner Beziehung zu vielen früheren Pionieren der Psychoanalyse. Die Leute kamen zu Freud, als ob er der „deus ex machina" zur Lösung ihrer persönlichen und beruflichen Probleme wäre. Freud versprach niemals mehr, als er halten konnte, doch die Leute sahen in ihm mehr von seiner Verheißung, als bei nüchterner Betrachtung erwartet werden konnte. Die Leute erblickten in ihm das Licht und verbrannten sich gelegentlich wie Motten, die in der nächtlichen Dunkelheit ein Licht umflattern. Es ist nicht leicht, ein schöpferischer Mensch wie Freud zu sein – es ist aber auch nicht leicht, mit einem schöpferischen Menschen zu leben.

Die Bibel ist reich an Symbolen großartiger poetischer Schönheit und Wahrheit. Im Johannes-Evangelium, Kap. XXI, wird eine Versuchung, die Schizophrenie hervorruft, und ihre Lösung eindrucksvoll dargestellt: Jesus fragt den Apostel Petrus dreimal, ob er ihn liebe. Dreimal antwortet Petrus mit steigender Spannung und Unsicherheit, indem er wieder und wieder seine Treue und Ergebenheit bekräftigt. Schließlich sagt Jesus: „Füttere meine Schafe, wenn du mich liebst!"

(Übersetzung: M. Bislich)

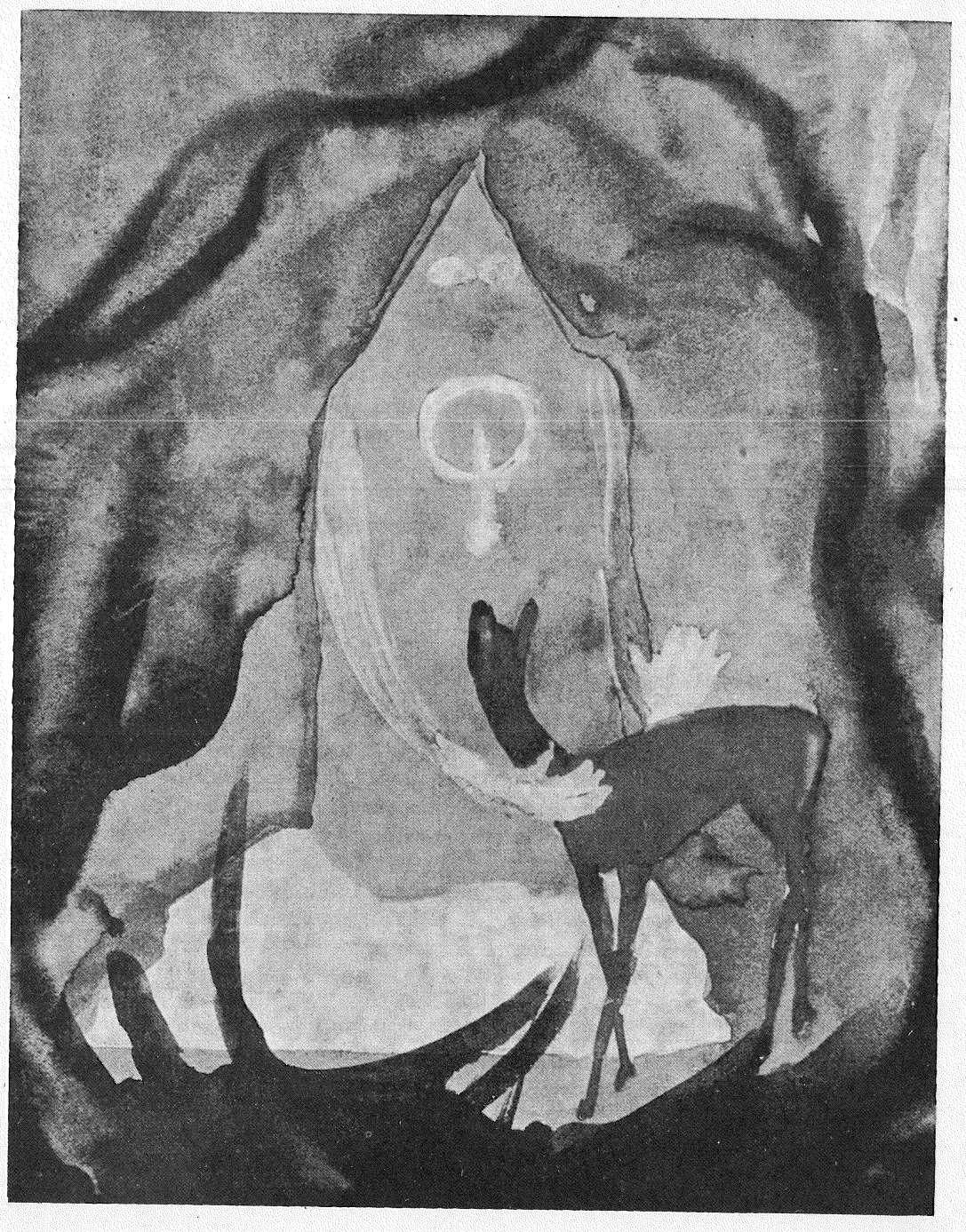
Schizophrenic Trends in Therapy

Martin Grotjahn, M. D. and Phillip H. Wells, M. D.

The authors draw a parallel between the schizophrenogenic mother and those psychiatrists who behave similarly when they are seduced by promises of improvement to be the patient's symbolic mother. The schizophrenogenic mother puts her child into the contradictory situation of simultaneous seduction (by asking it to come close) and frustration (by pushing it away) with the result of despair, confusion, rage or, later on, possible psychotic disturbances on the part of the child. So does the psychiatrist who is unable to skillfully apply this technique of invitation and distance to his patient; on the one hand he offers him trust and security, on the other he tells him to grow up and be on his own. Of course the therapeutic situation is based on the closeness and mutual understanding of patient and therapist. The success of therapy, however, depends to a high degree on the patient's readiness to accept the therapeutical aim of maturation, i. e. on the therapeutic cooperation and the wish to become well. Especially patients with transference neuroses (or transference psychoses) try to force the therapist – under the influence of their repetition compulsion into the role of a schizophrenogenic mother. Very often there is a gap between the patient's strong need of relationship therapy and the intensity of the therapist's approach which might do even more damage. The authors note that a general solution to this problem is still lacking.

Besides he also mentions the dangers for the schizophrenogenic therapist in his personal relationship if he applies behavior patterns similiar to those of his practice to his family and friends without differentiating enough. Disappointment and discouragement in his personal sphere will be the consequences; the author mentions Freud as an indirect example, who was sometimes seen as the greatest originator of all psychologists and thus seemed – as people wrongly thought – to have the ability to solve all personal and professional questions.

(Summary: M. Bislich)



Die „schizophrenogenic mother" in der Übertragung

Der Herausgeber gestattet sich, diesen Beitrag durch ein Bild zu illustrieren, das s. E. das Anliegen von Grotjahn und Wells Arbeit veranschaulicht. Dieses Bild, das eine seiner Patientinnen während eines Behandlungsverlaufes malte, stellt den Therapeuten als eine „phallische Eisklotzmutter" dar, die sie (als Reh symbolisiert) mit der einen Hand zu sich zog, mit der anderen Hand aber wegschob. (Vorgetragen auf dem 6. Interamerikanischen Psychologen-Kongreß, Mexiko City, 1957, proceedings: The Psychotherapeutic Process of a Painter with Schizophrenic Reaction.)

Die Beziehung der Psychose zum neurotischen Prozeß*

Lawrence S. Kubie**

I. Einleitung

Diese Arbeit hat mehrere miteinander in Beziehung stehende Aufgaben:
A. Sie soll den neurotischen Prozeß als eine sich fortschreitend entfaltende Kette von Beziehungen beschreiben, die aufeinander rückwirken. Diese Kette nimmt gewöhnlich ihren Anfang in Wechselwirkung zu unbewußten Konflikten und wird weiterhin beeinflußt durch die Einwirkung zentraler Affektpotentiale, die sich gleichzeitig oder schon früher darüber gelagert haben.
(5) Aus solchen Prozessen heraus entstehen Symptome und Störungen des Lebensablaufes, die jeweils symbolische Bedeutung haben. Diese Störungen führen zu neuen Verbiegungen der weiteren Entwicklung, was wiederum neue Konflikte auf allen Ebenen (der bewußten, der vorbewußten und der unbewußten) entstehen läßt.
Diese Konflikte rufen nun eine dritte Reihe von Symptomen (Symbolgehalt) hervor, aus denen sich eine dritte Reihe von störenden Konsequenzen ergibt, die ihrerseits zu einer weiteren Reihe von Konflikten und Symptomen Anlaß geben usw.
Dies alles wird vermittelt durch einen Prozeß innerer Erfahrung, der das ganze Leben hindurch unaufhörlich im Gange ist und zwar auf einer vorbewußten Ebene. Dieser vorbewußte Strom steht unter dem konkurrierenden Einfluß von Mechanismen der Auswahl, der Ordnung, der Steuerung und der Kontrolle, die auf der bewußten, der vorbewußten und der unbewußten Ebene wirksam sind. Hierbei sind von besonderer Bedeutung jene Prozesse, in denen der vorbewußte Strom in modellhaften Mustern festgehalten wird und in denen diese Muster wiederum in Form von Symbolen dargestellt werden. Dieses Zusammenfassen des vorbewußten Stromes in Einheiten, die dann in Form bewußter Symbole zur Anschauung kommen, stellt bei ungestörtem Ablauf das dar, was man den „Bewußtseinsprozeß" nennt (1). Wenn jedoch diese Auswahl von Mustern und die Darstellung ihrer Symbole unter den Einfluß von Konflikten und Affekten geraten, wird diese lebenswichtige Beziehung zwischen Symbolen und den ihnen zugrunde liegenden Bezugsgrößen anfällig für Störungen und Unterbrechungen (4, 7). Jede Störung dieser wichtigen Beziehung zwischen einem Symbol und seinen Wurzeln verdeckt oder bringt die Identität der zugrunde liegenden Bezugsgröße ganz zum verschwinden. In der Sprache der Psychoanalyse wird dies das „Unbewußte" genannt, und es hat bedenkliche Folgen. Ist die zugrunde liegende Bezugsgröße ein Konfliktbereich, wird – wenn die Verbindung zwischen dem Konflikt und seiner symbolischen Repräsentanz gerissen ist – dieser Konflikt für eine introspektive Beurteilung, für eine Korrektur oder Kontrolle unzugänglich. Logik, Gefühle, die Erfahrung von Lohn und

* Vorgetragen auf der Tagung der Amerikanischen Psychoanalytischen Vereinigung in New York City am 3. Dezember 1965. Die englische Originalfassung dieser Arbeit erschien in dem Journal of the American Psychoanalytic Association No. 3, Juli 1967 und wird hier mit der freundlichen Genehmigung des Hauptherausgebers dieser Zeitschrift, Dr. John Frosch, veröffentlicht.

** Klinischer Professor der Psychiatrie an der University of Maryland School of Medicine, Baltimore. Hauptherausgeber von "The Journal of Nervous and Mental Disease".

Strafe, von Erfolg und Mißerfolg erreichen ihn nicht mehr. Auf diese Weise wird der neurotische Prozeß in seiner Starrheit, Unersättlichkeit und Unveränderlichkeit verfestigt (3).

B. Diese teilweise Neuformulierung der ursprünglichen dynamischen Konzeption Freuds widerspricht durchaus nicht seiner Hypothese, daß unbewußte Konflikte die Hauptursache der Neurose sind.

Sie beinhaltet lediglich einige bedeutsame Ergänzungen seiner Konzeption. Sie lehnt jedoch ausdrücklich sein späteres Strukturmodell ab. Dieses Strukturmodell wird ersetzt durch die Vorstellung, daß Konflikte nicht zwischen organisierten anthropomorphen Fragmenten der Persönlichkeit, sondern direkt zwischen Paaren oder Gruppen von nicht zu vereinbarenden und oft auch nicht zu befriedigenden Trieben entstehen. In diesem Zusammenhang muß man die Tatsache im Auge behalten, daß sich Konflikte gleichzeitig auf der bewußten, der unbewußten und der vorbewußten Ebene ereignen können, daß aber das Wechselspiel zwischen all diesen Konflikten im Vorbewußten vor sich geht, dort wie alles andere in modellhaften Mustern festgehalten und dann durch symbolhafte Einheiten dargestellt wird. Solche Konflikte verursachen auf allen Ebenen Verwirrungen, Unentschlossenheit und Leiden. Sie führen aber nur dann zur Neurose, wenn unbewußte Komponenten die Hauptrolle spielen. Im Zusammenhang damit vermute ich, daß viele wenn nicht alle Triebe in Gegensatzpaaren auftreten.

C. Ich muß noch eine weitere Überlegung anführen: ähnliche Konflikte können auch zwischen Paaren und Gruppen von nicht zu vereinbarenden Symptomen (z. B. einer Agoraphobie und einer Klaustrophobie beim selben Patienten) auftreten. Da aber Symptombildungen selbst deformierte Symbole sind, führen Konflikte zwischen Symptomen eine weitere Störung der Symbolfunktionen herbei. Hierin liegt ein Schlüssel zum Verständnis der besonderen Rolle, die den gestörten Prozessen der Konzept- und Symbolbildung in der Psychose zukommt.

Dieses Grundkonzept des neurotischen Prozesses als eine sich endlos entwickelnde Kette von fortschreitenden Deformationen mit ständiger Rückwirkung macht es möglich, die Beziehung des neurotischen Prozesses zur Psychose klarer zu formulieren. Die Grundhypothese lautet: Eine Neurose entsteht, wenn jemand gefangen ist von nicht zu vereinbarenden, miteinander in Konflikt liegenden und nicht zu befriedigenden Trieben, von denen einer oder mehrere unbewußt sind. Diese Hypothese geht noch einen Schritt weiter: Wenn Symptome, die sich gegenseitig widersprechen und unvereinbar sind, unlösbaren Konflikten zwischen den zugrunde liegenden Trieben überlagert werden, wird der Patient anfällig für die Psychose. Das soll nicht heißen, daß dies der einzige Weg ist, auf dem sich die Psychose aus dem neurotischen Prozeß heraus entwickeln kann; ein möglicher Weg ist es sicherlich. Er ist bisher so gründlich übersehen worden, daß man heute noch nicht sagen kann, wie allgemeingültig er ist.

Es werden weitere Beobachtungen von vielen Klinikern aus verschiedenen Blickwinkeln angestellt werden müssen, um die allgemeine Gültigkeit dieser Hypothesen zu beweisen. Im positiven Fall werden sie uns erlauben, die gegenwärtig

noch geläufige Konzeption aufzugeben, nach der die neurotogenen Konflikte sich zwischen strukturierten Teilbereichen der Persönlichkeit (z. B. dem Es und dem Ich oder dem Es und dem Über-Ich) abspielen. Die Psychoanalyse wird an Einfachheit und Klarheit gewinnen, wenn das beschreibende Strukturmodell aus unserem Wortschatz gestrichen werden kann, weil einerseits das Strukturmodell statische Vorstellungen impliziert und andererseits im Sinne des Antropomorphismus zu Scheinerklärungen mißbraucht werden kann.

Ich will einige Beispiele von Neurosen und von Fällen anführen, in denen Verwicklungen im Laufe des neurotischen Prozesses zu psychotischen Entgleisungen geführt haben.

II.

Zunächst will ich kurz einige Beispiele dafür geben, wie sich der neurotische Prozeß als eine rückwirkende Kettenreaktion entwickelt und in eine ausweglose Situation mündet, aus der heraus sich die Psychose entwickelt. Ich will hier nichts verallgemeinern und auch keine allgemeingültigen Gesetze aufstellen.

Fall 1:

Eine Frau war in ihren frühen Kindheitsjahren von ihren Eltern völlig zurückgewiesen und dadurch in einen Zustand von Angst, Zorn und Depression versetzt worden (diese Tatsache wurde von dritter Seite mit Nachdruck bestätigt). Sie entwickelte ein Gefühl sexueller, physischer und geschlechtlicher Minderwertigkeit gegenüber ihrem großen, blonden Bruder, der sichtlich vorgezogen wurde und um dessen Besitz ihre Eltern erbittert gerungen hatten. Sie lebte durchaus in privilegierten Verhältnissen; dennoch verglich ein verständnisvoller und mitfühlender älterer Freund der Familie ihre frühe Kindheit mit der eines vernachlässigten Slum-Kindes. Ihre einzigen Geborgenheits- und Gefühlsbindungen bestanden zu Fremden und Bediensteten. Nachdem sie sich in ihrer Kindheit und frühen Jugend durch eine lange Reihe von vorübergehenden Zwängen und von Phobien hindurchgekämpft hatte, errang sie zwar gegen Ende ihrer Jugend einige Erfolge, hatte aber auch mit Schwierigkeiten und Enttäuschungen zu kämpfen. Bei hoher Begabung hinderten sie ihre Zwangssituationen und Phobien an der vollen Nutzung ihrer vielfältigen Talente, etwa in der Musik, im literarischen Schaffen, in der Erziehung und im Sport. Viele Jahre später wurde es in ihrer Analyse klar, daß sie während jener Jahre zwischen mehreren widerstreitenden unbewußten Triebregungen hin- und hergerissen worden war: ihren Bruder zu besitzen, ihn zu töten und ihn aus der Liebe ihrer Eltern zu verdrängen, indem sie ein großer, blonder Junge wurde wie er.

Gleichzeitig gab sie weibliche Ziele und Identifikationen nie vollständig auf, sondern versuchte, die Liebe ihres Vaters zu erhalten oder wiederzugewinnen, indem sie seine kleine Tochter blieb. Folglich kämpfte sie mit sich selbst, ob sie nun älter oder jünger werden, ein Junge oder ein Mädchen oder gar beides sein sollte. Dieser Kampf wurde mit jedem Geburtstag heftiger, und entsprechend schwerer wurde auch ihre Depression. In ihren späteren Jungmädchenjahren war sie aus sicherer Entfernung einem jungen Mann zugeneigt, der etwa 10 Jahre älter war als sie. Als er eine andere heiratete, versuchte sie sich zu trösten – ohne sich darüber klar zu sein, was sie tat – indem sie als Ersatz einen engen Freund ihres heimlichen Ideols heiratete. Es gab noch andere Dinge, die für diese Wahl ausschlaggebend waren. Der Vater ihres Mannes war ein Freund ihres Vaters und seine Mutter eine Freundin der ihrigen. Daher war diese Heirat auch ein Versuch, die Liebe der eigenen Eltern zu gewinnen; außerdem hatten ihr die Eltern ihres zukünftigen Ehemannes in der Anfangszeit seiner Werbung mehr Aufmerksamkeit entgegengebracht, als ihre eigenen Eltern es je getan hatten. Unglücklicherweise wandten

sich ihre Schwiegereltern sofort nach der Heirat von ihr ab und gaben ihr so zu verstehen, daß die Aufmerksamkeiten während der Verlobungszeit tatsächlich nur ihrem Wunsch entsprungen waren, den Sohn nicht zu verlieren. Diese Abwendung wiederholte das Leid, das ihr in der Kindheit aus der offensichtlichen Bevorzugung des Bruders durch die Eltern erwachsen war. In ihrem Unglück begann sie verwirrt und impulsiv zu werden. Bald nach der Hochzeit machte ihr Mann eine anscheinend gefährliche Krankheit durch. Obwohl sie es damals nicht wahrhaben wollte, schien sie sich dadurch eine Befreiung aus ihrem Gefängnis zu versprechen. Folglich war seine völlige Genesung für sie eine psychologische Katastrophe. Sie war wieder gefangen; ihre unbewußten Todeswünsche gegen den Bruder sowie ihr Wunsch, ihn in der Liebe des Vaters zu ersetzen, wurden reaktiviert. Zu ihren früheren phobischen Zügen kamen neue Phobien hinzu. Nachdem sie vorher in jeder Weise frei und aktiv gewesen war, verfiel sie nun in Angstzustände und Agoraphobie. Sie brachte es kaum fertig, sich weiter als ein paar Straßen von ihrem Zuhause zu entfernen (in der Behandlung viele Jahre später wurden Prostitutionsphantasien deutlich). In den folgenden Jahren fesselten sie schwere Erlebnisse im Zusammenhang mit ihrer Schwangerschaft noch stärker an ein Zuhause, das ihr längst zum Gefängnis geworden war. Gleichzeitig verschlechterte sich ihre Ehe zusehends, zum Teil weil sich ihr Mann vollständig zurückzog. Daraufhin wurde eine bis dahin nur latente bzw. klinisch nicht faßbare Klaustrophobie manifest, die sie in einer ausweglosen Lage nicht nur zwischen alten unvereinbaren Triebpaaren, sondern auch zwischen zwei Symptomen entgegengesetzter Tendenz, nämlich einer Agora- und Klaustrophobie, festhielt. Manchmal stand sie buchstäblich stundenlang auf der Schwelle ihres Hauses, gleichermaßen unfähig hinein- oder hinauszugehen, sich unter Leute zu begeben oder allein zu bleiben, sich zu bewegen oder reglos zu verharren, zu sprechen oder zu schweigen. Sie wußte nicht, wohin sie sich wenden sollte, um dem Schrecken ein Ende zu machen. Dieses Nebeneinander unvereinbarer Triebe und darauf gelagerter widerstreitender Abwehrmaßnahmen (in Form von Symptomen) drohte eine schwere psychotische Zerrüttung herbeizuführen. Glücklicherweise wirkte ihr Verhalten zu diesem Zeitpunkt so schwer gestört, daß der heftige Widerstand ihres beratenden Arztes und ihrer eigenen Familie gegen eine psychiatrische Behandlung, die sie selbst gewünscht hatte, überwunden werden konnte. Sie kam gerade noch rechtzeitig in Behandlung. Die Entstehungsgeschichte dieser Krankheit und ihre Entwicklung bis an den Rand einer psychotischen Entgleisung wurde erst im Laufe einer jahrelangen, zähflüssigen und mühsamen Analyse, zunächst bei einer Analytikerin, später bei einem Analytiker, deutlich.

Fall 2:

Ein weiteres Beispiel ist ein junger Ingenieur, der sich in seiner frühen Kindheit unter großen Anstrengungen bemühte, vielfältige, familiär bedingte Behinderungen zu überwinden. Zunächst gab es in der Familie eine Schwester, die schön, überaus intelligent und eine glänzende Sportlerin war. Ein älterer Bruder war eifersüchtig auf diese ältere Schwester und hielt sich schadlos, indem er den Patienten tyrannisierte, der der Jüngste unter den drei Geschwistern war. Sein Vater war schwach, furchtsam und konnte keinen Schutz bieten; seine Mutter war eine feindselig dominierende, männerhassende, pseudomütterliche Person. In seiner frühen Kindheit hatte der Patient in Angst und Schrecken gelebt. Der bewußte Inhalt dieser Angst war, daß er zu klein und zu jung sei. Aber er fürchtete sich auch, erwachsen zu werden, weil ihn dies neuen Gefahren aussetzen würde. Die Folge davon war, daß er im Sport, im Studium und gesellschaftlich erfolglos blieb, obwohl er auf allen diesen Gebieten von Natur aus sehr begabt war. Zu einem kritischen Zeitpunkt wurde er wegen eines Krankheitsfalles in der Familie nach außerhalb in die Schule geschickt. Dieses zufällige Glück rettete ihn für eine Weile; denn nachdem er einmal den zerstörerischen Kräften zu Hause entgangen war, erwies er sich als hervorragender Student und Sportler. Auch auf der Universität zeichnete er sich

aus und war während dieser Zeit frei von manifesten neurotischen Symptomen. Spätere Ereignisse zeigten, daß er nicht frei war von bestimmten, zwar verdeckten, aber stark belastenden Rückständen seiner früheren Kämpfe. Sexuelle Ängste wurden beispielsweise in Form von hohen moralischen Grundsätzen getarnt. Sein ambivalenter Kampf zwischen Neid, Haß und erotischer Bindung an seine Schwester ging weiter, versteckte sich aber hinter einer „gesund aussehenden" Maske. Sie blieb für ihn der Inbegriff der begehrenswerten Frau, ihr Lächeln und ihre Mißbilligung bedeuteten ihm Erfolg oder Mißerfolg in einem solchen Maße, daß er andere Mädchen lange Zeit überhaupt nicht beachtete, bis er sich schließlich in die beste Freundin seiner Schwester, eine ansprechende, aber maskuline Version von ihr, verliebte und sie heiratete. Die darin enthaltenen blutschänderischen Elemente, die verborgene Identifizierung mit seiner Schwester und die damit gegebene invertierte Geschlechtsrolle waren ihm völlig unbewußt. Dennoch schien es eine Zeitlang, als habe er eine brauchbare Lösung gefunden, bis der plötzliche Tod seiner Schwester eine Reihe katastrophaler Ereignisse auslöste. Die unbewußten Beweggründe, die die Beziehungen zu seiner jungen Frau aufrechterhalten hatten, entfielen. Er sah sich plötzlich in einer Ehe mit einer maskulinen Ersatzgefährtin gefangen. Gefangen fühlte er sich weiterhin durch seine beiden Kinder, zu denen er eine komplexe und fast mütterliche Beziehung hatte, sowie durch seine Berufstätigkeit, die eng mit der seines Schwiegervaters verknüpft war. Schließlich belastete ihn auch noch seine eigene zwiespältige Geschlechtsidentität. Er war sich undeutlich bewußt, daß er mit seiner Frau nicht mehr glücklich sein konnte; doch war er unfähig, sie zu verlassen. In dieser ausweglosen Situation verfiel er allmählich wieder in die von der Kindheit her bekannten Zustände von gespannter Angst, von Depression und von selbstzweiflerischem Neid. Eines Abends brach bei ihm, während er sich auf der Terrasse des Appartements seiner Schwiegereltern aufhielt, ganz plötzlich eine schwere Höhenangst aus, und er wurde ohnmächtig. Diese Phobie hielt jahrelang an und war eines der Symptome, deren destruktive Folgen ihn in analytische Behandlung brachten. Viel später, im Laufe der Behandlung, erinnerte er sich, daß ihn im Augenblick vor dem Ausbruch der Höhenangst der Gedanke durchzuckt hatte, seine Frau über die Brüstung zu werfen; die Frau, die seinen unbewußten Bedürfnissen nicht mehr genügte, jetzt, da seine Schwester, ihre beste Freundin, tot war. Diese blitzartige Phantasievorstellung, die er sofort wieder verdrängt hatte, war ihm in diesem verzweifelten Augenblick als einziger Ausweg aus seinem Gefängnis erschienen. Sie hatte frühe Wurzeln in seinem Kindheitskonflikt zwischen Haß, Neid und Liebe zu seiner verstorbenen Schwester. Dieser neubelebte Konflikt brach mehr und mehr in seine Ehe ein. Die entsprechenden sexuellen Ängste seiner Jünglingsjahre wurden wachgerufen, so daß er impotent wurde. Dies wiederum stürzte ihn in eine agitierte Depression von fast psychotischer Intensität mit schweren Angstzuständen und einer Vielzahl psychosomatischer Störungen.

Der Destruktionsprozeß war an diesem Punkt noch nicht zu Ende. Seine Höhenangst machte es ihm schwer, Verabredungen (etwa mit Ingenieurfirmen, Kunden oder sogar Freunden) zu treffen, wenn er nicht das Stockwerk des Büros oder Appartements wußte, das er aufsuchen mußte. Wegen der Phobie konnte er nur unter großen Ängsten über eine hohe Brücke fahren, wenn er seine Familie auf dem Lande besuchte oder wenn er seine Kinder zu einem Wochenendausflug aufs Land mitnahm. Tag für Tag erwachte er mit unsäglicher Angst. Später konnte er erkennen, daß er sich unausgesprochen fragte: „Welche hochgelegenen Orte muß ich heute aufsuchen? Welchen erniedrigenden Ängsten werde ich heute ausgesetzt sein?" Er begann, diesen kritischen Situationen auszuweichen, indem er körperliches Unbehagen verschiedener Art entwickelte, Ausflüchte erfand und indem er die Spannung durch Trinken zu mindern suchte. Seine Karriere und sein Leben in der Gesellschaft litten darunter. Er wurde in steigendem Maße depressiv und fühlte sich gedemütigt. Er konnte aus Angst in rasende Wut ausbrechen und fühlte sich von dem Argwohn verfolgt, daß andere Leute davon wußten. Seine Beziehungen zur

Umwelt waren auf eine pseudoparanoide Art gestört. Eine nächtliche Episode von panischer Angst mit kurzen aber ausgeprägten Wahnvorstellungen brachte ihn schließlich in Behandlung.

Jeder Psychiater, der ihn in dieser Phase seiner Krankheit gesehen hätte, würde ihn für den klassischen Fall einer akut agitierten paranoiden Involutionsdepression gehalten haben, die aus irgendeinem Grunde atypisch Mitte Dreißig auftrat. Tatsächlich war er verschiedentlich so diagnostiziert worden. Erst nach längerer Erforschung und wiederholten Rekonstruktionen seines ganzen Lebensweges wurde die langsame Entwicklung seiner präpsychotischen Neurose bis an den Rand der psychotischen Entgleisung deutlich.

Diese Lebensgeschichte zeigt mit der Klarheit eines Laborversuches die tragische Kettenreaktion von Triebkonflikten, die Bildung von primären Abwehrmechanismen mit Symptomcharakter, die daraus resultierenden sekundären Störungen, die weiteren Auswirkungen der unlösbaren Triebkonflikte, die daraus entstehenden neuen Symptome und Störungen, weiterhin die noch destruktiveren Folgen der unlösbaren Konflikte zwischen den Symptomen selbst und endlich die Aufhebung der Symbolfunktionen, die jene hervorrufen. So schreitet der neurotische Prozeß bis an den Rand der psychotischen Entgleisung fort.

Fall 3:

Ein anderer junger Mann, das älteste von vier Kindern, hatte bei einer überfürsorglichen Mutter ein zu beschütztes Leben geführt. Sie schwankte zwischen Perioden verzögert einsetzender Depressionen und Angst und Perioden offener einfühlsamer Wärme gegenüber ihren Kindern. In ihren „guten" Zeiten lockte ihn ihre glückliche uneingeschränkte Zuneigung in ihren Bann. Wenn sie dann aber plötzlich in ihre schlechte Stimmung verfiel, war er wieder für längere Zeit vereinsamt und vernachlässigt. Ihr eigentümliches Verhalten hatte als verzögerte postnatale Störung in seinem ersten Lebensjahr eingesetzt; sie behielt es über seine Pubertät hinaus bei. In seiner Sicherheit erschüttert, furchtsam und depressiv, begann er seine Jugend, kaum fähig irgendeine seiner vielen Begabungen zu nutzen. Der Beruf des Vaters brachte es mit sich, daß die Familie viel im Land umherzog, so daß das Kind kein Gefühl der Beständigkeit hatte und nicht mit lebenden oder toten Objekten vertraut war.

Die flüchtige Gegenwart seines vielbeschäftigten Vaters gab ihm nicht die nötige Sicherheit, die er gebraucht hätte, um den immer wieder erlebten Verlust der Mutter durch Krankheit zu ertragen. Bald nach der Geburt einer Schwester mußte die Mutter wegen einer kurzen aber stürmischen psychotischen Episode in eine Klinik. Während dieser Monate versuchte der ängstliche Vater, dem Kind über den Verlust hinwegzuhelfen, indem er zur Vaterrolle auch die der Mutter übernahm. Das Kind veränderte sich sichtlich; es klammerte sich ängstlich an den Vater, blieb aber böse und stumm und hielt sich innerlich von ihm fern. Die Rivalität mit den anderen Geschwistern um die Zuneigung des Vaters wuchs; da der Vater die Erwartungen schwerlich dadurch befriedigen konnte, daß er die anderen beseitigte, erstreckten sich die frustrierten, ambivalenten Impulse des Patienten nicht nur auf seine Beziehungen zu Mädchen und Frauen, sondern auch auf die Beziehung zum Vater. Er schwankte hierbei zwischen abhängiger Bewunderung und stiller feindseliger Rebellion. Diese Haltung trübte seine Beziehungen zu Männern auf Jahre hinaus. In der Folgezeit führte eine schwere körperliche Erkrankung der Mutter zu einer weiteren längeren Trennung; darauf wurde die Beziehung zu seinem Zuhause noch ambivalenter. Er konnte weder bleiben noch weggehen; es war ein Ort, wo man sich verstecken konnte, aber auch ein Ort der Qual und Enttäuschung. Diese unglückselige Geschichte hatte auch seine Schulleistungen erheblich beeinträchtigt. Es war ihm von Anfang an schwergefallen, in die Schule zu gehen. Schon der erste Tag im Kindergarten hatte bei ihm eine typische stille, mit Verzögerung einsetzende Depression ausgelöst (9). Das wiederholte sich jeden Herbst bei Schulbeginn.

Nur seine überaus hohe Intelligenz (Intelligenzquotient etwa 160) erlaubte ihm den Eintritt ins College. Dort konnte er sich nur mit Mühe behaupten. Seine Geschlechtsidentität wurde noch ambivalenter; er schwankte zwischen hetero- und homosexuellen Beziehungen hin und her, von denen er selbst jedoch durchaus nicht überzeugt war. Als die Entlassung ins Leben bevorstand, d. h. der Eintritt in die Zeit der Reife, die er fürchtete, geriet er in einen Zustand akuter Zerrüttung mit lebhaften Halluzinationen und Wahnvorstellungen.

Fall 4:

Schließlich möchte ich von einem Mädchen berichten, das mir im Alter von fünf Jahren vorgestellt wurde und das dann zehn Jahre lang bei einem Kollegen in Behandlung war (8). Sie war das jüngere von zwei Kindern, ihr Bruder war mehrere Jahre älter als sie. Der Anfang dieses Falles wurde in einer Arbeit mit dem Titel: „Sag, daß es dir leid tut", beschrieben (7). In wenigen Wochen hatte das Mädchen folgende Stadien durchlaufen. Zuerst reagierte sie nicht auf Nennung ihres Namens. Dann beanspruchte sie den Namen eines kleinen Mädchens in der Straße als den ihrigen. Dann wollte sie den Namen eines Jungen aus der Nachbarschaft haben. Später hörte sie ganz auf zu sprechen. Schließlich aß sie nicht mehr, wollte nicht mehr in ihrem Bett bleiben oder ein hübsches neues Nachthemd oder einen Bademantel anziehen. Statt dessen rollte sie sich in einen Teppich und preßte ihr Gesicht auf den Boden. Dort blieb sie stumm und bewegungslos liegen, während sie sich mit Urin und Stuhl beschmutzte. Der Originalaufsatz schildert, wie es durch den fast zufälligen Gebrauch eines Schlüsselwortes zur Auflösung kam. Zufällig hatte man einmal das Kind flüsternd sagen hören: „Sag, daß es dir leid tut." Die ernsten Worte des Untersuchers „es tut mir leid, es tut mir sehr leid" führten eine schnelle Auflösung der akuten psychotischen Episode herbei und machten eine jahrelange Behandlung der präpsychotischen Neurose möglich (8). Diese Behandlung erlaubte es, die Entwicklung der Episode psychotischer Zerrüttung aus der vorhergehenden Neurose zu rekonstruieren – einer Zerrüttung, die von Dauer gewesen wäre, wenn man sie nicht behandelt hätte. Aus diesem Fall will ich nur die Elemente auswählen, die zur Darstellung meiner These wesentlich sind.

Die spätere Therapie brachte viele Beschmutzungsängste und Vermeidungsrituale ans Licht, in deren Mittelpunkt die Person der Haushälterin stand, von der das Kind fast ausschließlich abhängig war. Sie war seine Beschützerin vor dem älteren Bruder und vor körperlichen Berührungen, die geeignet waren, Verschmutzungsängste auszulösen. Auch die Haushälterin war durch die phobischen Rituale des Kindes eingeengt.

Kurz vor der akuten Regression, die ich beschrieben habe, konnte der Vater infolge Verbesserung seiner finanziellen Lage eine größere Wohnung mieten. Das Kind erhielt ein eigenes Zimmer, das es von seiner versklavten Beschützerin trennte. Die Trennung löste Dunkelängste aus, es benahm sich aufsässig und wurde zum erstenmal in seinem Leben vom Vater geschlagen. (Bisher hatte sie nur die Mutter bestraft.) Die Haushälterin kündigte sofort, weil sie weder die nächtliche Trennung von dem Kind noch den allgemeinen Aufruhr ertragen konnte. Auf einer oberflächlichen (d. h. bewußten oder vorbewußten) Ebene war das Kind zwischen dem Verlangen nach seiner Familie und der Sehnsucht nach der verschwundenen Gefährtin gefangen. Andere und tiefere gegensätzliche Tendenzen bezogen sich auf Schmutz und Sauberkeit, Junge oder Mädchen. Schritt für Schritt gab sie ihre eigene Identität auf, indem sie ihren Namen änderte. Sie vertauschte ihr Geschlecht mit dem ihres Bruders (als Ausdruck eines heftigen Konfliktes um diesen Bruder). Dann bemühte sie sich in die Kleinkinderzeit zurückzukehren, um das Leben neu zu beginnen und auf einem ganz anderen Weg erwachsen werden zu können. Sie verlor die Fähigkeit zu sprechen, weil sie unsicher wurde, wer sie war, wem sie sich mitteilen sollte und was sie überhaupt mitteilen wollte. Als dann die alten Ängste vor Verschmutzung durch Berührung und die alten Zwangsrituale zur

Vermeidung von Berührungen reaktiviert waren, konnte sie sich nicht mehr bewegen, sondern rollte sich in einen alten Teppich und lag stumm und regungslos in ihren eigenen Exkrementen. Dies illustriert erneut meine These.

III. Weitere theoretische Erwägungen

Es ist nicht allzu schwierig, die verschiedenen aufeinanderfolgenden Ereignisse zu beschreiben, die im Laufe eines psychotischen Prozesses in Gang gesetzt werden, wenn dieser erst einmal begonnen hat. Es wäre jedoch falsch anzunehmen, daß diese Folge der Ereignisse notwendigerweise ethnologische Bedeutung hat. Der Ablauf läßt zwar eine ethnologische Beziehung denkbar erscheinen, beweist sie aber nicht. Dieselbe Vorsicht ist bei der Beurteilung von Phänomenen geboten, die im klinischen Bild der Psychose erfaßt werden können, sowie besonders bei allen Regressionsphänomenen, ob es sich nun um frühere Identifizierungen, Perioden triebhafter Bedürfnisse, affektive Einstellungen oder Verhaltensmuster handelt. Diese Regressionsphänomene sind mehr oder weniger konstante Bestandteile der psychotischen Verfassung, und ohne Zweifel aktivieren solche Regressionen komplexe Ketten, wichtige sekundäre und tertiäre Folgeerscheinungen auf allen Ebenen. Sie sind jedoch nicht in jedem Fall vorhanden, und es gibt keinen klaren Beweis, daß sie die Psychose einleiten. Sie stellen also ein verhältnismäßig konstantes, jedoch nicht unerläßliches Glied in der Kette rückwirkender psychopathologischer Ereignisse dar.

Zudem hat die Regression nicht immer die gleichen Folgen. Sie kann mit der unbewußten Annahme, daß man bei einem Rückgang zum Beginn wieder neu anfangen und noch einmal neu aufwachsen könne, zur Aufgabe des Erwachsenenlebens führen. Weil diese Entwicklung mit dem Tode enden kann, liegt ihre Fehldeutung als Ausdruck des Todestriebes nahe. Freuds Beschäftigung mit „Todestrieben" könnte sehr wohl damit zusammenhängen, daß er nicht erkannte, wie häufig Handlungen, die zum Tode oder in Todesgefahr führen, als Ausdruck eines verborgenen Wiederauferstehungstriebes zu verstehen sind: Das ist genau das Motiv von „Tod und Verklärung" bei Richard Strauss.

Die Regression kann auch auf Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Geschlechtsidentität hinweisen, die in dem Wunsch gegeben sind, das Geschlecht zu wechseln, zum anderen Geschlecht zu gehören, zweigeschlechtlich oder geschlechtslos zu sein. Das ist einer der häufigen unbewußten Konflikte, aus denen der psychotische Prozeß plötzlich hervorbricht und die er oft in verschiedenen und durchsichtigen Formen zum Ausdruck bringt. Wenn wir uns nicht nur über die Regression, sondern auch über zahlreiche andere klinische Bestandteile im psychotischen Prozeß und Zustand klarwerden wollen, müssen wir folglich die Unterschiede zwischen auslösenden, erhaltenden und Rückkopplungsmechanismen im Auge behalten, d. h. zwischen den Mechanismen, die dem psychotischen Prozeß die Initialzündung geben und jenen, die, wenn dieser Prozeß erst einmal im Gange ist, in Bewegung gesetzt werden und die ihn sowohl unterhalten als auch komplizieren, indem sie komplexe, sekundäre Folgeerscheinungen auf das Gesamtbild rückwirken lassen.

Ich darf noch einmal wiederholen, daß wir einen Denkfehler machten, als wir annahmen, daß die Folge von Erscheinungen, die wir in der Psychose wirksam fanden, diese ausgelöst haben. Diese Annahme hat zu vielen unberechtigten Hypothesen geführt. Es ist wichtig, unter Beachtung dieser allgemeinen Vor-

stellungen systematisch Beispiele solcher Verläufe zu sammeln. Allerdings wird diese Arbeit viele Beobachter für viele Jahre in Anspruch nehmen. Darüber hinaus werden weitere Jahre nötig sein, um die Beziehung zwischen den Verläufen und dem jeweils wechselnden äußeren Gewand der Psychose zu klären; denn psychische Zustände, ob normal, neurotisch oder psychotisch, sind ebenso verschieden wie menschliche Gesichter. Tatsächlich ist dies einer der Gründe dafür, daß es noch immer kein befriedigendes Klassifizierungssystem von psychischen Störungen gibt. Wo es so viele variable Größen gibt wie hier, gibt es entweder eine alles einschließende Kategorie, z. B. „das Gesicht" (bestehend aus 2 Augen, einer Nase, einem Mund usw.) oder aber jedes individuelle Gesicht bildet eine von allen übrigen getrennt erkennbare Ganzheit. Wenn wir herausfinden wollen, mit welcher Folgerichtigkeit die Psychose aus einem ausweglosen Engpaß zwischen unvereinbaren und nicht zu befriedigenden Trieben und Symptomen hervorgeht, benötigen wir weitere Angaben über die Natur der schädlichen Ereignisse, die eine akute Veränderung mit sich bringen, und über die Art der Einwirkungen, die eher schrittweise zur Psychose führen.

Manchmal entsteht der Engpaß langsam, etwa durch die unvermeidbaren Begleitumstände des Alterns. Mitunter steht der Patient plötzlich vor einer ausweglosen Situation, beispielsweise wenn er sein Zuhause oder die Universität verlassen muß, aus dem Krankenhaus oder von seinem Arbeitsplatz entlassen wird, wenn ihm eine Beförderung bevorsteht oder ein Verlust droht. Eine ausweglose Situation kann auch durch den Tod oder durch das unvorhergesehene Überleben eines Kindes oder Elternteiles entstehen. Schwangerschaft oder deren Ende können dieselbe Wirkung haben.

Weiterhin wird es darauf ankommen, daß man solche Verläufe korreliert mit den Wirkungen der Psychopharmaka auf das zentrale Nervensystem, soweit sie Rückkoppelungsvorgänge ermöglichen und zur Organisation oder Steuerung von Symbolisierungsprozessen in Wach- oder Schlafzeit beitragen. In diesem Zusammenhang haben die Psychopharmaka, die wir testen, verwirrende und widersprüchliche Wirkungen. Manchmal scheinen sie, die psychotische Störung des Symbolisierungsprozesses zu beenden und die präpsychotische Neurose wieder herzustellen. Bei anderen Patienten haben die gleichen Pharmaka eine entgegengesetzte Wirkung. Es kommt aber auch vor, daß bei einem Patienten, der bei einer bestimmten Dosierung die Psychose überwunden hat, diese bei Senkung der Dosis wieder zum Vorschein kommt. Während dieser Übergangsphasen können manche Patienten mit subjektiven Eindrücken diese Veränderung beschreiben. Man könnte Vergleiche anstellen mit dem Wechsel von normalen Denkvorgängen im Wachzustand zu Denkvorgängen während des Schlafes.

Als der Wechsel vor sich ging, sagte der Patient z. B.: „Ich kann sehen, wie es auf mich zukommt", „ich beginne, anders zu denken", „ich bin wach, doch ich denke so, als ob ich schlafen würde." Für den Psychopharmakologen ist dies eine wichtige Selbsterfahrung, unter anderem auch wegen ihrer paradoxen Folgen. Warum kann eine Droge, die unter bestimmten Bedingungen und bei bestimmter Dosierung Schlaf bewirkt, bestimmte psychotische Patienten in die Lage versetzen, das Muster traumähnlicher Denkvorgänge aufzugeben und wie eine wache Person zu denken? Warum verursacht die Entziehung eben

dieses Medikaments, statt den Patienten noch weiter wach zu machen und somit seine Denkvorgänge zu ordnen, während der Übergangsperiode zum Wachzustand eine Störung seiner Denkprozesse in Richtung auf schlafähnliche vorbewußte Denkmuster? Das Studium vieler minutiöser Beobachtungen solcher Übergangsperioden ist entscheidend für ihre Aufklärung.

Ich will hier lediglich die Annahme aussprechen, daß diese Störungen des Denkens, der Konzeptionsbildung sowie der symbolischen Darstellung im Grunde mit einer Veränderung der Beziehungen zwischen den drei Systemen des symbolischen Prozesses, nämlich des bewußten, des vorbewußten und unbewußten, zusammenhängen. Die Erforschung dieses Gebietes wird die Psychiatrie noch viele Jahre lang beschäftigen.

IV. Zusammenfassung

Der neurotische Prozeß ist eine Kette von Deformationen der psychischen Entwicklung, die einen zweifachen Ursprung in unbewußten Konflikten und in der frühen Einwirkung zentraler Affekteinstellungen haben. Die psychosomatischen Ausdrucksformen dieser Konflikte und des zentralen Affektpotentials rufen sekundäre Konflikte hervor, die ihrerseits Anlaß geben zu neuen Störungen und einer zweiten Reihe von Deformationen, die wiederum eine dritte Reihe von Konflikten verursachen usw. Diese Kettenreaktion tritt als neurotischer Prozeß in Erscheinung.

Die grundlegenden Konflikte entstehen zwischen Paaren unvereinbarer und häufig nicht zu erfüllender Triebregungen. Sie sind auf allen Ebenen gleichzeitig wirksam und werden nur dann pathogen, wenn die unbewußten Komponenten in dieser Mischung gegenseitig aufeinander einwirkender Prozesse vorherrschen.

Es kommt häufig vor, daß zusätzliche Konflikte zwischen antagonistischen Symptomen entstehen können, eine Erkenntnis, die bisher im großen und ganzen übersehen wurde. Wenn nun diese Konflikte auf die grundlegenden neurotogenen Konflikte aufgelagert werden, kommt es zur Psychose. Die Annahme, daß sogenannte „strukturbedingte" Konflikte zwischen Teilbereichen der Persönlichkeit entstehen können, erübrigt sich dadurch.

(Übersetzung: Dr. med. Gerhard Hoffmann)

Anmerkung des Herausgebers:

Kubies Forschung ist für die dynamische Psychiatrie von besonderem Interesse, weil er ein Denkmodell für die Auslösung der psychotischen Reaktionsform aufstellt. Es bietet sich an, Kubies Denkmodell durch kybernetische Maschinen darzustellen. Die von Kubie angeführten Fallbeispiele müssen aus der Sicht der Patienten gesehen und verstanden werden. Es mag von Interesse sein, welche Bedeutung Kubie der Rolle des Vorbewußten sowohl bei psychischer Dysorganisation wie auch beim schöpferischen Akt zumißt.

Summary

The neurotic process is a chain of distortions of psychological development which have a dual origin in unconscious conflicts and in the early imposition of central affective positions. The symptomatic expressions of these conflicts and of the central affective potential produce secondary conflicts, which in turn give rise to additional distortions and a secondary series of distorting consequences and then a third series of conflicts, etc. These reverberating chains evolve as the neurotic process.

The underlying conflicts arise between pairs of irreconcilable and often unattainable drives. They operate on all levels concurrently, and become pathogenic only when the

unconscious components in this mixture of interacting processes are dominant. When additional sets of pathogenic conflicts arise between antagonistic symptoms, which occurs frequently yet has been largely overlooked, the consequence of this superimposition of irreconcilable conflicts among symptoms on the underlying neurotogenic conflicts among drives leads directly to psychotic disorganization. These facts make superfluous the assumption that so-called "structural" conflicts arise among subunits within the personality. (Summary by the author)

Literatur:

Kubie, Lawrence S.: Psychiatric and Psychoanalytic Considerations of the Problems of Consciousness: pp. 444–469: from *Brain mechanisms and consciousness.* A Symposium under the Council for int'l Organizations of Med. Sciences under auspices UNESCO and WHO, Aug. 23–28, 1953; Blackwell Scientific Pub., Oxford, Eng., 1954, pp. 556.

Kubie, Lawrence S.: The Neurotic Process as the Focus of Physiological and Psychoanalytic Research; read in part before the Royal Soc. of Med., London on Sept. 10, 1957; J. of Mental Science, London, Apr. 1958, Vol. 104 (No. 435), pp. 518–536.

Kubie, Lawrence S.: *Neurotic distortion of the creative process:* Porter Lectures, Series 22, Univ. of Kansas Press, Lawrence, Kansas, 1958, pp. 151.

Kubie, Lawrence S.: The Central Affective Potential and Its Trigger Mechanisms, pp. 106–120: from *Counterpoint, Libidinal object and subject.* A Tribute to Rene A. Spitz on his 75th Birthday; edited by Gaskill, Herbert S., Int'l. Univ. Press. Inc., N.Y.C., 1963, pp. 200.

Kubie, Lawrence S.: Editorial: A Tribute to Louis Dublin; Multiple Determinants of Suicidal Efforts; The J. of Nerv. and Ment. Dis., Vol. 138 (No. 1), Jan. 1964, pp. 3–8.

Kubie, Lawrence S.: A Re-consideration of Thinking, The Dream Process, and "The Dream"; read before The American Psychoanalytic Assn., New York City, Dec. 1964. The Psychoanalytic Quarterly, Vol. XXXV, 1966, pp. 191–198.

Kubie, Lawrence S. & Israel, Hyman A.: Say You're Sorry: pp. 289–299 from *The Psychoanalytic Study of the child,* Vol. X, Int'l. Univ. Press, New York, 1955, pp. 394.

Ravich, Robert A.: Say You're Sorry: A Ten-Year Follow-Up; Amer. J. of Psychotherapy, Vol. 2 (No. 4), October 1966, pp. 615–623.

Spitz, Rene A.: Anaclitic Depression; *The Psychoanalytic study of the Child;* Int'l. Univ. Press, New York, 1946, Vol. 2, pp. 313–342.

Freuds Psychoanalyse: Perspektiven 1968 für Europa und Amerika

Rudolf Ekstein* und Günter Ammon**

Sigmund Freud verband mit seinem Begriff der Psychoanalyse von Anfang an zwei Konzeptionen:

1. die einer therapeutischen Disziplin als Anwendung der Psychoanalyse auf den Einzelnen;
2. das weitgespannte sozialpsychologische Konzept der Psychoanalyse in ihrer Anwendung auf Gruppen und die Gesellschaft.

Schon bei Freud verließ die Psychoanalyse die Grenzen des Behandlungszimmers, und er beschäftigte sich in einer ganzen Reihe seiner Arbeiten mit der Anwendung der Psychoanalyse auf alle Bereiche des sozialen Lebens wie Erziehung, Soziologie, Ethnologie, Kriminologie, Religion, Politik, Künste und Literatur.

Die Psychoanalyse stellte für ihn die Einheit aller Bereiche der Verhaltenswissenschaft dar. Freuds intensive, tägliche klinische psychoanalytische Arbeit, die sich bei ihm in der Regel über einen 10-Stunden-Tag erstreckte, wurde durch die sich von selbst ergebende weitreichende Anwendung der Psychoanalyse niemals in Frage gestellt, im Gegenteil: die psychoanalytische Behandlungssituation diente, wie ein Forschungslaboratorium, der Entdeckung psycho- und soziodynamischer Aspekte des Menschen. In den Jahrzehnten nach Freuds Tod wurde die Psychoanalyse in ihren verschiedensten Anwendungen, ganz besonders auf dem Gebiet der Psychiatrie und der Soziologie, vornehmlich in den Vereinigten Staaten weiterentwickelt. Wichtig erscheint uns, die konstruktiven Aspekte der Psychoanalyse hinsichtlich ihres Beitrages für die Gesellschaft hervorzuheben.

Eines der Ergebnisse psychoanalytischer Forschung am Reiss-Davis Child Study Center z. B. ist es, daß Lehr- und Lernprozesse von der Psychoanalyse dynamisch verstanden und beeinflußt werden können. Lehrer und Leiter der Schulorganisationen werden im Reiss-Davis Center mit der psychoanalytischen Theorie vertraut gemacht, um dadurch die Möglichkeit zu haben, diese Kenntnisse sowohl in der Gruppendynamik der Lehrinstitution als auch zum Nutzen ständig auftretender Lehr- und Lernsituationen anzuwenden; die Psychoanalyse bietet z. B. Verständnis in die Dynamik der verschiedenen Komponenten einer sich langsam oder schnell entwickelnden Lernbereitschaft und die sich aus einem inneren Bemühen entwickelnden Reifungsprozesse wie Sublimierung, Vertrauen zum Lehrer und zur Gruppe, Fähigkeit zur verzögerten Reaktion bzw. Möglichkeit des Ausdruckes einer Reaktion, innerpsychische Autonomie und relative Unab-

---

* Direktor des Forschungsprojektes für Kinderpsychosen am Reiss-Davis Child Study Center und Lehranalytiker in der Los Angeles Psychoanalytischen Vereinigung und Institut.

** Freipraktizierender Psychiater und Psychoanalytiker, Direktor des Lehr- und Forschungsinstituts für Psychodynamische Psychiatrie und Gruppendynamik Berlin, Beratender Psychiater der US-Mission und des US-Army-Hospitals, Berlin, Lehranalytiker am Berliner Psychoanalytischen Institut.

hängigkeit von außen und innen, Entwicklung von Neugierde, Fragefreiheit und des Dranges sich Wissen anzueignen, sowie die Freiheit sich Freude und Arbeit voll gestatten zu können. Bei den Untersuchungen am Reiss-Davis Center konnte man autoritative Lernmethoden, die auf Wiederholung und Zwang, Hierarchie und Formalismus, Macht und Unterwerfung beruhen, in allen Einzelheiten studieren und anderen Lehr- und Lernmethoden gegenüberstellen, die auf Identifizierung mit Lehrern und leistungsgleichen Mitschülern beruhen, bei denen das Lernen durch aktive Motivierung vom Schüler getragen wird und bei dem der Lehrer im Hintergrund bleibt. Wir meinen, daß die Psychoanalyse einen wesentlichen Beitrag zu der z. Z. in Deutschland so heftig umstrittenen Studienreform leisten könnte.

Das psychoanalytische Wissen begrenzt sich somit nicht etwa auf das Fachgebiet einer sozialen Psychiatrie, sondern dient vielmehr Fachleuten anderer Disziplinen innerhalb ihrer besonderen Aufgaben. Statt das Schwergewicht auf einen totalen Kreuzzug gegen psychische Krankheiten oder auf Vorbeugung gegen diese zu legen, wäre u. E. das Zusammenwirken gleichwertiger beruflicher Partner der verschiedensten Disziplinen unter dem Rate der Psychoanalyse der wichtigste Beitrag im Hinblick auf eine Veränderung der Gesellschaft und ihrer Befreiung von Repression, sozialautomatischer Kanalisation, Irrationalität und Aggression.

In einem Band über die analytische Behandlung von schwergestörten Kindern hat Ekstein die Vermutung ausgesprochen, daß die Ängste dieser kranken Kinder manchmal einer mikroskopischen Reproduktion der weltweiten Befürchtungen über den menschlichen Fortbestand und der heftigen Auseinandersetzung über die Modelle des menschlichen Zusammenlebens ähnlich zu sein scheinen. Wir sind voll des Staunens über die wissenschaftlichen Pioniertaten bei der Eroberung des Weltraumes, der nun nicht mehr vollkommen unerforscht ist. Aber unsere schizophrenen Kinder sollten uns zu neuen Verpflichtungen in einer anderen Dimension jenes tapferen amerikanischen Bestrebens anregen, das die Wildnis erobert und die Grenze der Zivilisation vorantreibt; diesmal ist es die unerforschte Wildnis des inneren psychologischen Raumes.

Diese Eroberung des inneren psychologischen Raumes könnte durchaus eine notwendige Parallelanstrengung sein, damit der technische Fortschritt der Gesellschaft zum Segen gereiche, statt ihr Zerstörung anzudrohen. Ein kontinuierliches Bemühen um diese Aufgabe der Erforschung und Beherrschung mit Hilfe der beiden oben beschriebenen Konzeptionen könnte uns helfen, die Lücke zwischen den physikalischen Wissenschaften und unserer gegenwärtigen Kenntnis der sozialen und psychologischen Anpassung zu schließen.

Auch Whitaker hat in einem Beitrag über die Entwicklung der dynamischen Psychiatrie in den Vereinigten Staaten auf die Wechselbeziehungen zwischen Psychoanalyse und Psychiatrie einerseits und einer Anzahl von Nachbarwissenschaften andererseits hingewiesen. Er erwähnt ebenfalls die besonders bei Freud vorhandene breite Perspektive der Psychoanalyse und das daraus gewonnene Verständnis der Psychodynamik für vorher als uneinfühlbar bezeichnete Geisteskrankheiten.

Nach Whitaker nahm die Psychoanalyse besonders durch die Entwicklung einer psychoanalytisch orientierten Psychotherapie und durch ihren Beitrag auf dem

Gebiet der psychiatrischen, psychologischen und psychosomatischen Forschung einen weitgehenden Einfluß auf die psychiatrische Klinik und Praxis.

Freud, der ursprünglich von der Psychiatrie und Neurologie herkam, entwickelte die Technik der Psychoanalyse zu einer Behandlungsmethode neurotischer Störungen innerhalb seiner nervenärztlichen Fachpraxis. Aus seiner auf das Praktische gerichteten zähen und mühseligen klinischen Forschungsarbeit am Patienten, erarbeitete er dann Stück für Stück die Denkmodelle psychoanalytischer Theorie und ihre weitreichenden Anwendungen auf die oben erwähnten Bereiche der Wissenschaft sowie auf die klinische und gesellschaftliche Weiterentwicklung.

Wir alle kennen jedoch Freuds großes Anliegen, die psychoanalytischen Erfahrungen und Erkenntnisse dem Verstehen und der Behandlung psychiatrischer Erkrankungen zugute kommen zu lassen. Dieses wichtige Anliegen verband ihn früh mit den psychodynamisch orientierten bzw. interessierten Kollegen der Schweizer Schule: Eugen Bleuler, C. G. Jung, Karl Abraham und Ludwig Binswanger. Eine der großen Entdeckungen dieser Periode der Psychoanalyse war das Verstehen der Wahninhalte, durch die bei der Psychoanalyse der Träume gewonnenen psychodynamischen Erkenntnisse, sowie das dynamische und ontogenetische Verstehen von sogenannten Perversionen, die Beziehung von latenter Homosexualität zur Paranoia und Freuds Erkenntnis von der Rolle des Narzißmus bei Geisteskrankheiten, die er damals als „narzißtische Neurosen" bezeichnete; er wies darauf hin, daß wir zu ihrer Behandlung noch viel mehr Forschung auf dem Gebiet der Ich-Psychologie benötigen.

Inzwischen wird Ernst Simmels erstes Modell einer psychiatrisch-psychoanalytischen Klinik in Berlin-Tegel seit etwa vier Jahrzehnten im engsten Kontakt mit der von Freud geforderten Ich-psychologischen Forschung sowie mit der von ihm angeregten erweiterten Ausbildung der Psychoanalytiker von der Menninger Klinik in Topeka, USA, klinisch pragmatisch weiterentwickelt.*

Nunmehr ist es in der Menninger Klinik und anderswo möglich geworden, die von Freud gewünschte Behandlung der „narzißtischen Neurosen" durchzuführen, d. h. schizophrene und psychotische Reaktionen der Gruppe der Borderline-Fälle, die unseres Erachtens weitgehend mit der früheren Gruppe der Psychopathen (Kurt Schneider) identisch ist. Dies geschah im Zuge der Entwicklung einer psychoanalytischen, psychodynamischen Psychiatrie, die aus ihrer klinischen Praxis heraus Forschungsbeiträge hinsichtlich der Dynamik von Geisteskrankheiten zeitigte, wie es anfänglich die psychoanalytische Klinik hinsichtlich der Neurosen getan hatte.

Anläßlich Anna Freuds längerem Aufenthalt in der Menninger Foundation äußerte sie spontan, daß man hier ein psychoanalytisches Zentrum mit der weitreichenden Anwendung der Psychoanalyse auf verschiedenste Gebiete von Klinik und Forschung aufgebaut habe, wie es ihrem Vater nicht einmal in seinen kühnsten Träumen vorgeschwebt hätte. Somit schließt sich nun der Kreis von Sigmund Freuds gewaltiger Tat der Entdeckung der Psychodynamik des

* Anläßlich einer seiner Aufenthalte in der Simmelschen Klinik hatte Freud gesagt, daß jeder werdende Psychoanalytiker eine gewisse Zeit als Mitarbeiter in einer derartigen Klinik zubringen sollte und darauf hingewiesen, wie wichtig es wäre, die schwerer Kranken direkt in der Klinik beobachten zu können.

Unbewußten bis zu der durch die Psychoanalyse möglich gemachten Entwicklung einer dynamischen Psychiatrie und ihrer Anwendung auf die Gesellschaft schlechthin, wie in dieser Arbeit versucht wurde zu exemplifizieren.
Wir wollen hiermit noch einmal deutlich machen, daß wir grundsätzlich differenzieren müssen zwischen den Leistungen der Psychoanalyse in ihren verschiedenen Rollen:

1. ihre Rolle als therapeutische Disziplin bei:
   Klassischer Neurosenbehandlung,
   Kinderpsychoanalyse,
   psychoanalytisch orientierter Psychotherapie bei besonderer Indikation,
   psychoanalytisch orientierter Gruppenpsychotherapie,
   psychoanalytisch orientierter Milieupsychotherapie in Klinik und im Spital.
2. Die entscheidende Rolle der Psychoanalyse bei Forschung und Theoriebildung hinsichtlich der Ganzheit des Menschen und seiner Gesellschaft.
3. Die Rolle der Psychoanalyse als Konsiliarius und Therapeut der Gesellschaft in ihren verschiedensten Bereichen wie in unserer Arbeit dargelegt.

Das vornehmste Ziel der Psychoanalyse wird es immer sein, den Einzelnen von seinen infantilen, ihm zum Teil unbewußten Konflikten zu befreien und ihm darüber hinaus mit dem Konfliktfreien, d. h. dem psychisch Gesunden, zur vollen Ausschöpfung seiner menschlichen Möglichkeiten in einer angstfreien Dialektik in bezug auf sich selbst und zu einer aktiven, gestaltenden Anpassung in seiner Umgebung zu verhelfen.

Gegen die ursprüngliche Befürchtung Freuds hat seine Psychoanalyse in Amerika unaufhörlich an Einfluß gewonnen. Die dynamische Psychiatrie ist von seinen Einsichten und technischen Methoden tief durchdrungen. Die rasch wachsende Gruppe der Psychoanalytiker kann kaum die an sie gerichteten Anforderungen befriedigen. Das pragmatische und technische Interesse überwiegt das Verständnis für Theorie und das historische Bedürfnis. Der letzteren Gefahr stemmen sich starke Forschungszentren entgegen, in denen ernste analytische wissenschaftliche Arbeit betrieben wird. Die wichtigsten Fortschritte sind in der Ich-Psychologie und in der Verbesserung der psychotherapeutischen Methoden aufzuweisen, besonders für jene Patienten, die vor wenigen Jahren noch als unbehandelbar betrachtet wurden.

Die Tatsache, daß in der weltbekannten Menninger Foundation, der wir angehörten, in den letzten 20 Jahren weit über 500 Psychiater mit psychoanalytischer Orientierung in drei- und fünfjährigen Ausbildungskursen herangebildet wurden, bedarf einer mehr qualitativen Betrachtung, um sich den tatsächlichen Einfluß Freuds auf die amerikanische Psychiatrie klarzumachen. Wenn wir uns auf die Besprechung des Experimentes in Topeka beschränken, tun wir das mit dem Hinweis, daß dieses Beispiel typisch ist für eine Reihe von anderen Entwicklungen in den Vereinigten Staaten. Während wir unsere Ärzte zu Psychiatern ausbilden, immer ungefähr 100 zu gleicher Zeit, arbeiten diese natürlich in lokalen Spitälern und Kliniken. Diese Organisationen stehen unter Bundes-, Staats-, Stadt- oder Privatverwaltung. Alle Studenten (wir beziehen uns hier nur auf die Ärzte, nicht auf die Fürsorger, Psychologen, Pflegerinnen und anderes Spitalpersonal, die hier ebenfalls ausgebildet werden), haben die Möglichkeit, praktische klinische Erfahrungen in diesen verschiedenen Organisatio-

nen zu sammeln, und viele klinische Lehrer sind psychoanalytisch orientierte Psychiater und Psychoanalytiker. Die theoretischen und klinischen Kurse der Psychiater sind auf dynamischer, also analytischer Grundlage gehalten, und alle jungen Kollegen studieren die Psychologie der normalen Persönlichkeit wie auch Psychopathologie. Es gibt Lehrkurse für psychoanalytisch orientierte Psychotherapie, in denen deren Anwendung und Unterweisung gelehrt wird. Die jungen Psychotherapeuten behandeln unter der Anweisung erfahrener Lehrer in den Spitälern Patienten, deren Schicksal vor einigen Jahren als hoffnungslos angesehen wurde und die als Unheilbare betrachtet wurden. Die Erfolge sind nicht immer ideal, aber viele dieser Patienten werden soweit geheilt oder gebessert, daß sie in die Gemeinschaft ihrer Familie oder Ortsgemeinden zurückkehren, um ein nützliches und produktives Leben zu führen.

In mancher Hinsicht ist aber eine andere Voraussage Freuds sogar übertroffen worden. Viele der psychotherapeutischen Techniken, die Freud damals noch als Kompromisse mit der wahren Analyse angesehen hat – das reine Gold der Analyse mit dem Kupfer der Suggestion zu legieren – sind tatsächlich Bereicherungen der Technik geworden, weil sie durch gewisse Änderungen nun nicht nur für die klassischen Neurosen, sondern auch zur Behandlung von Grenzfällen, z. B. Verwahrlosung, Psychosen und tiefgehenden Charakterstörungen verwendet werden können. Der therapeutische Optimismus der amerikanischen Psychiater hat zur Weiterbildung der Technik viel beigetragen, obwohl es auch wahr ist, daß die undogmatische Einstellung der Amerikaner neue Hindernisse in den Weg der Ausbildung und wissenschaftlichen Forschung gelegt hat. Die Frage nach dem Wie, dem „technical know how", wird von den Studenten oft lange bevor wirkliche Zusammenhänge erfaßt worden sind, als ungeduldige Forderung an den Lehrer gerichtet. Das „know why" – Warum? – wird häufig als überflüssiger Luxus erlebt, und das historische Bedürfnis, der Sinn für Wissenschaftsgeschichte und die Entwicklung von Ideen sowie ihre philosophischen Grundlagen werden immer wieder in den Hintergrund geschoben. Es ist daher wahr, daß sich viele der analytischen Gedanken, soweit sie sich praktisch verwenden lassen, nur in verwässerter Form durchsetzen. Viele der Arbeiten in den psychiatrischen Zeitschriften sind praktischer und technischer Natur und kümmern sich weder um Grundlagen noch um theoretische Probleme. „Wenn ich gelegentlich europäische, vor allem deutschsprachige Journale lese (ich spreche nur über einen ersten Eindruck, nicht von einer ernsten Prüfung), sehe ich die Überschätzung des Weltanschaulichen. Der metaphysische Drang überwiegt die technische Fragestellung. Ich habe dann den Eindruck, daß die Auseinandersetzung um die Grundfragen, die ideologischen Machtkämpfe, in entgegengesetzter Weise den gleichen Fehler der Einseitigkeit begehen, wie man ihn hier beobachten kann. Es scheint dann, daß Freud in Europa mehr den weltanschaulichen Kampf und in Amerika mehr die technische Entwicklung der Behandlungsmethoden beeinflußt hat" (Ekstein).

Seit dem Tode Freuds sind hier viele wichtige technische und theoretische Fortschritte gemacht worden. Wir haben schon erwähnt, daß viele therapeutische Verbesserungen in der Arbeit mit Grenzfällen, sogar mit schweren psychotischen Erkrankungen gemacht wurden. Die analytisch orientierte Spitalbehandlung mit Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern wurde verbessert, und die analy-

tischen Anwendungen in der Gruppenpsychotherapie, in der Fürsorge, in diagnostischen, besonders projektiven Tests zeigen überall den Einfluß Freuds. Auf theoretischem Gebiet möchten wir besonders die Entwicklung der Ich-Psychologie und die Verfeinerung der Instinkttheorien nennen und auch auf das bessere Verständnis für die Dynamik der Realität und der kulturellen Einflüsse hinweisen.

Literatur:

Ekstein, Rudolf: Children of Time and Space of Action and Impulse, Appleton–Century–Crafts. A Division of Meredith Publishing Company, New York 1966. Der Einfluß Freuds auf die Amerikanische Psychiatrie: Die Heilkunst, Zeitschrift für prakt. Medizin, 69. Jahrgang, München 1956.

Freud, Anna: Some Thoughts about the Place of Psychoanalytic Theory in the Training of Psychiatrists, Bulletin of the Menninger Clin., Topeka, Vol. 30, No. 4, July 1966. Observations. Bulletin of the Menninger Clinic, Vol. 27, No. 3, May 1963.

Freud, Sigmund: Gesammelte Werke. Imago Publishing Co. Ltd., London 1948. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, London. The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.

Simmel, Ernst: The Psychoanalytic Sanatorium and the Psychoanalytic Movement. Bull. Menninger Clin. 1:133–143, 1936–1937. Psychoanalytic Treatment in a Sanatorium, Int. J. Psychoanal.; 10:70–89, 1929.

Whitaker, Leighton: Dynamische Psychiatrie und ihre Entwicklung in den USA. Dynamische Psychiatrie, 1. Jahrgang, 1. Heft, Januar 1968.

Hochschulpsychiatrie

Die „Psychotherapeutische Beratungsstelle – Beratungsstelle für Intimfragen" an der Freien Universität Berlin

1. Allgemeines

Die studentische Beratungsstelle an der Freien Universität Berlin (FU) entstand in der Art einer Selbsthilfeorganisation der Studierenden. Studenten faßten den Plan ihrer Gründung, der Allgemeine Studentenausschuß (AStA) als Selbstverwaltungsorgan der Studierenden trug von Beginn an allein die Finanzierung der Stelle. Diese Eigeninitiative der Studenten hat in Berlin Tradition, denn die Gründung der FU, ihre Gestaltung und die Kompetenzverteilung waren zum großen Teil studentische Aktionen. Aus der Entwicklungsgeschichte der FU ist aber auch abzulesen, wie sich die von Studenten gegründeten Sozialinstitutionen, z. B. das Studentenwerk, verselbständigten und, indem sie Teil der Universitätsadministration wurden, sich immer öfter gegen genuine Interessen der Studierenden wandten. Es ist deshalb verständlich, daß die neue Selbsthilfeorganisation der Studierenden, die Beratungsstelle, sofort und nachhaltig auf den beharrlichen Widerstand der Universitätsbürokratie stieß. Weder ideelle noch materielle Unterstützung kommt von der Universität und dem Berliner Senat.

Die Tatsache, daß die Beratungsstelle zum Politikum wurde, hat ihrer sozialmedizinischen Wirksamkeit keinen Abbruch getan; das beweisen die Zahlen ihrer Tätigkeit. Das universitätspolitisch umstrittene Projekt wurde zu einem der Identifikationsobjekte in der Emanzipationsbewegung der Studierenden an der FU Berlin. In der Auseinandersetzung um eine Demokratisierung der Hochschulen ist es wichtig, daß die Gruppe der betroffenen Abhängigen, hier der Studierenden, sich in ihren politischen Rechten und sozialen Nöten als eigenständiger Teil der Universität begreift, der auf lange Zeit nur durch eigene Aktionen seine Lage verbessern kann. Es ist für die Bewußtseinsbildung einer abhängigen Gruppe von Bedeutung, ob ihr Hilfe in sozialen und psychischen Konflikten von einer Universitätsadministration angeboten wird, die zur gleichen Zeit durch autoritäre Maßnahmen wie Zwangsexmatrikulation und Disziplinarrecht die Abhängigkeit des Studierenden verschärft, oder ob die Studierenden in Selbsthilfe die Chance gewinnen, auch in den sozialen und psychischen Notsituationen ihres Studiums die Wirkung überflüssiger gesellschaftlicher Autorität zu erkennen, wie sie, sichtbar genug, in der patriarchalisch aufgerichteten Ordinarienhierarchie einer überfüllten Universität angetroffen wird. Eine Therapie durch Institutionen der Universitätsadministration (Studentenwerk, medizinische Fakultäten, auch Studentenarzt und Studentenseelsorge) führt zur Integration in schlechte Zustände, ohne an diesen Zuständen zu tasten; eine Hilfe durch eigenbestimmte Institutionen der Studenten solidarisiert die Studierenden gerade auch gegen die Ursachen ihrer Misere. Es ist von anderer psychologischer Qualität, ob ein Student die Beratungsstunde beim Psychotherapeuten von der Universitätsbehörde oder von seinen Kommilitonen

bezahlt bekommt. Ähnliches läßt sich über die Sexualaufklärung der Beratungsstelle sagen, die auch als Vorlesung eines Ordinarius über Sexualwissenschaft vorstellbar sein kann, hier aber in Form von Colloquien und unter Leitung von Studenten und Studentinnen vermittelt wird.

Das emanzipatorische Moment im Aufbau dieser Beratungsstelle ist durchaus erkannt worden. Die Universität reagiert mit Abwehr, die Studierenden anderer Hochschulen jedoch mit dem Versuch einer Übertragung des Modelles. Der Anstoß zur Planung und Gründung von psychotherapeutischen Beratungsstellen etwa in Freiburg, Karlsruhe, Darmstadt, Göttingen, Gießen und Braunschweig ging von den Studentenvertretungen aus. Die Autonomie der Berliner Beratungsstelle, garantiert durch finanzielle Unabhängigkeit von der Universität, wird sich in dieser reinen Form an den westdeutschen Hochschulen wohl nicht verwirklichen lassen. Die Stelle, geplant und tätig für die Diagnose und Therapie psychischer Konflikte bei Studierenden, repräsentiert in ihrem Aufbau und seit ihrer Gründung auch den Konflikt zwischen Studentenschaft und Autorität in der Hochschule. Erfolg und Misere der Stelle liegen hier begründet.

2. Aufbau und Tätigkeiten

Die Beratungsstelle wurde vom Allgemeinen Studentenausschuß der FU Berlin im Wintersemester 1964/65 eingerichtet und wird seitdem von ihm finanziert. Die Stelle arbeitet auf zwei Arten, die sich vorteilhaft ergänzen: Einzelberatungen und Gruppendiskussionen über verschiedene Themen aus dem Gebiet der Sexualität. Durch die Gruppendiskussionen werden zahlreiche Fakten und Informationen vermittelt; die Stelle kann dadurch von reinen Informationsfragen über Sexualthemen, besonders über Empfängnisverhütung, entlastet werden und ist damit frei für das psychoanalytische Interview und die mögliche Kurztherapie.

Für die Arbeit in der Beratungsstelle konnte eine Ärztin verpflichtet werden, die zugleich hauptamtlich die Beratungsstelle für Nerven- und Gemütskrankheiten in einem der Westberliner Gesundheitsämter leitet. Die Ärztin H. Lange-Undeutsch betreute die Stelle während der ersten zwei Semester allein, dann wurde für ein Semester der Psychoanalytiker H. Jordt verpflichtet. Vom Wintersemester 1965/66 bis zum Ende des Sommersemesters 1967 teilte sich Dr. G. Ammon zusammen mit Frau Lange-Undeutsch und der Ärztin und Psychoanalytikerin Dr. M. Schulte die Arbeit in der Beratungsstelle. Mit Dr. Ammon, der Psychiater und Psychoanalytiker ist und vormals Dozent an der Menninger School of Psychiatry, Topeka, Kansas, USA war, wurde in die therapeutische Tätigkeit der Stelle das Prinzip der Gruppentherapie eingeführt. Die Gruppentherapie hat sich mittlerweile als ein nützliches Therapeutikum erwiesen.

Die Arbeit an der Beratungsstelle wird von den genannten Medizinern nebenamtlich ausgeübt. Durch einen Anschlag an den schwarzen Brettern der Universitätsinstitute werden die Studenten auf die psychotherapeutische Beratungsstelle aufmerksam gemacht. Die Studierenden werden gebeten, zu bestimmten Zeiten sich telefonisch bei dem jeweiligen Berater anzumelden; sie erhalten einen Konsultationstermin und finden sich zum vereinbarten Termin in den Privat- bzw. Praxisräumen der Berater ein. Dieses Verfahren, aus der Not des

Raummangels geschaffen, bewahrt die notwendige Intimität und Anonymität der Beratungsarbeit. Die Beratungsstunde dauert offiziell 50 Minuten; sie wird oft überschritten und häufig müssen noch weitere Stunden vereinbart werden, aber insgesamt höchstens vier je Proband. Die einzelne Beratungsstunde wird dem Arzt vom Allgemeinen Studentenausschuß mit 30,– DM vergütet. Der Studierende braucht die Konsultation nicht zu bezahlen.
Während des Gesprächs bildet sich der Berater einen Eindruck von der Art des vorliegenden Falles; die Technik ist die des psychoanalytischen Erstinterviews. Der Berater versucht, dem Probanden einen notwendig begrenzten Eindruck in die zumeist unbewußten Hintergründe des aktuellen Konfliktes zu vermitteln. Er rät ihm die entsprechende Therapie und bemüht sich um die Unterbringung des Beratenen entweder in einer Einzelanalyse oder in einer der vorhandenen therapeutischen Gruppen. Das ist oft nicht leicht, obwohl in Berlin relativ viele Psychoanalytiker, zwei psychoanalytische bzw. psychotherapeutische Institute und eine Poliklinik der Universitätsnervenklinik mit psychotherapeutischer Abteilung existieren.
Die psychotherapeutische Beratung, zuweilen ausgedehnt auf etwa vierstündige symptomatische oder Fokaltherapie, stellt den Hauptanteil der Arbeit dieser Stelle dar. Daneben stehen die Berater in enger Zusammenarbeit mit den Studenten, die die Sexualcolloquien leiten und nehmen zuweilen an den Diskussionen teil. Diese Informationsveranstaltungen wurden mittlerweile von schätzungsweise 3000 Studierenden besucht. Nach kurzem Einleitungsreferat werden folgende Einzelthemen diskutiert: „Vorehelicher Geschlechtsverkehr", „Empfängnisverhütung", „Abtreibung", „Homosexualität", „Impotenz und Frigidität", „Sexualität und Gesellschaft" und „Arbeits- und Konzentrationsstörungen". Für die Mehrzahl der Themen sind Materialsammlungen vom AStA gedruckt und an die Teilnehmer verteilt worden.

3. Zahlen

(In der Beschreibung der Symptome weichen die einzelnen Berater, entsprechend der Richtung ihrer Ausbildung und Praxis im Fach Psychiatrie und Psychoanalyse oft beträchtlich voneinander ab. Einheitliche Kriterien der Beurteilung eines Falles werden wohl erst dann gegeben sein, wenn die Stelle, wie geplant, einem einzigen, hauptamtlich tätigen Berater übergeben sein wird.)
Die angegebenen Zahlen gelten für den Zeitraum von sechs Semestern und zwar vom 15. Oktober 1964 bis zum 30. September 1967.
In dieser Zeit meldeten sich 1105 Studierende zur Beratung an; davon wurden in 1289 Stunden 826 Probanden beraten. Bei 747 wurde eine Erkrankung erkannt und eine Diagnose gestellt, 79 der 826 Probanden wurden nur in akuten Konflikten beraten (d. h. in Studien-, Ehe- und Sexualfragen). Von den 1105 Anmeldungen mußten 279 aus Terminnot nicht berücksichtigt werden. Aber jeder dringlich erscheinende Fall wurde angenommen und nach oft nur kurzer Wartezeit von einigen Tagen gesehen. Von den 826 Beratenen waren 586 männliche und 240 weibliche Studierende. Nicht alle Beratenen waren FU-Studenten. Von den 170 Beratenen des ersten Jahres waren 33 an den anderen Hochschulen Westberlins eingeschrieben. Die Zunahme der Beratungen betrug im zweiten Semester der Existenz der Stelle gegenüber dem Gründungssemester rund 30%; im dritten Semester (= WS 1965/66), bedingt durch die Auswei-

tung der Beratungskapazität auf drei Berater, hat sich die Zahl der Beratenen auch nahezu verdreifacht. Sie ist seitdem gleich geblieben und beträgt pro Semester rund 140 Beratungen, jedoch auch rund 50 Abweisungen aus Terminnot.

In der Diagnostik sind hier vier größere Gruppen voneinander abgegrenzt worden: a) Neurosen, b) Erkrankungen des psychotischen Formenkreises mit akuten und rezidivierenden Psychosen, c) sogenannte Borderline-Fälle, die mit schweren Charakterstörungen einhergehen und d) rein neurologische Fälle. Von den 747 gestellten Diagnosen innerhalb des Beobachtungszeitraumes wurden 598 Fälle = 80 % zu den Neurosen gezählt; 42 Fälle = 5,5 % zu den Erkrankungen des psychotischen Formenkreises; 103 Fälle = 14 % galten als Borderline-Fälle und 4 Fälle = 0,5 % erschienen als rein neurologische Erkrankung. Die Symptomatik differiert von Berater zu Berater, so daß für die gesamte Krankenzahl keine einheitliche numerische oder prozentuelle Verteilung geboten werden kann. Wir beschränken uns daher hier auf die Angaben von zwei Beratern aus jeweils verschiedenen Zeitabschnitten. Die aufgeführte Symptomatik gilt nur für die weitaus überwiegende Gruppe der Neurosen. Dabei ist die Zahl der Symptome größer als die Zahl der Symptomträger, da eine Neurose oft als Mischform mit mehreren Symptomen auftritt.

a) Im Wintersemester 1964/65 diagnostizierte Frau Lange-Undeutsch 59 Neurosen. Diese Gruppe bot folgende Symptome:

Körperliche Symptome	5
Depressionen und subdepressive Verstimmungszustände	22
Konzentrations- und Arbeitsstörungen	15
Tagträumereien	10
Kontaktschwierigkeiten zum anderen Geschlecht	36
Sprachfehler	3
Suicidgedanken	22
Suicidversuch	1
Potenzstörungen, Frigidität	6
Zwangskrankheiten	3
Angstneurosen	4
Errötungsfurcht	5
Homosexualität	4
Allgemeine Kontaktschwierigkeiten	30
Schlafstörungen	9

Von diesen 59 Studierenden mit neurotischen Störungen hatten 12 noch nie eine sexuelle Beziehung gehabt. Die Intelligenz war bei den in diesem Zeitraum beratenen 72 Studierenden, abgesehen von zwei Studierenden, denen ein Abbruch des Studiums geraten wurde, gut bis ausgezeichnet. Religiöse Probleme und Konflikte spielten bei der beobachteten Gruppe keine Rolle. Die körperlichen Symptome umfaßten Kopfschmerzen, gastrointestinalen Symptomenkomplex und Asthma.

b) Im Wintersemester 1965/66 (15. Oktober 1965 bis 30. April 1966) beobachtete Dr. Ammon bei 61 Probanden mit mittelschwerer bis schwerer neurotischer Fehlentwicklung folgende Symptomatik:

gemischte Neuroseformen	45
Neuroseformen mit hervorstehend psychosomatischen Symptomen	5
Neurosen mit reaktiv-depressiver Symptomatik bei zwangsneurotischer Struktur	49
Phobieen	2
vorwiegend hystrische Züge	5
Sprachstörungen	2

An Arbeitsstörungen litten 90% aller gesehenen Studierenden.
Die Vermittlung zur Therapie ist auch in West-Berlin problematisch, doch konnte die Mehrzahl der als behandlungsbedürftig diagnostizierten Studierenden untergebracht werden. Von Dr. Ammon stehen Zahlen über die Therapieformen eines Zeitabschnittes zur Verfügung. Im WS 1965/66 und im SM 1966 wurden von ihm 134 Studierende beraten. 51 Studierende konnten in Gruppentherapie übernommen werden, 2 in Einzeltherapie vermittelt, 40 wurde Behandlung angeraten, 23 Studierenden wurde durch gezielte Beratung geholfen.

4. Diskussion

Die angeführten Zahlen geben zunächst die beunruhigende Auskunft, daß von 1105 telefonischen Anmeldungen 279 = 25% aus Terminnot nicht berücksichtigt werden konnten. Wenn auch in jedem Fall nach der Dringlichkeit der telefonisch geschilderten Symptomatik der Beratungstermin früher oder später angesetzt oder in Art der Telefonfürsorge durch ein längeres Gespräch Rat vermittelt wurde, so bleibt doch das Faktum von 25% nicht gesehenen Studierenden. Hier kann nur eine Ausweitung der Beratungskapazität durch festangestellte und hauptamtlich tätige Berater Abhilfe schaffen. Für diese Ausweitung der Stelle liegen beim Allgemeinen Studentenausschuß schon detaillierte Pläne und das nötige Geld bereit. In den nächsten Wochen werden Stellenausschreibungen herausgegeben. Es ist selbstverständlich, daß für eine hauptamtliche Tätigkeit an erster Stelle ein Fachpsychiater mit psychoanalytischer Ausbildung in Frage kommt. Durch geplante Zusammenarbeit mit dem Bildungsforschungsinstitut der Max-Planck-Gesellschaft in Berlin wird der Verdienst des hauptamtlichen Beraters durch bildungssoziologische Forschungsarbeit verbessert werden können. Dem Berater steht dann eine festangestellte Bürokraft und ein Büro zur Verfügung. In der Stellenplanung ist auch die nebenamtliche Mitarbeit eines Psychologen und einer Sozialfürsorgerin fest vorgesehen. Auch hierfür werden Ausschreibungen herausgegeben.

Die eigentliche Beratungsarbeit mit Studierenden ist durch die ausgesprochen disziplinierte Haltung der Probanden gekennzeichnet. Sie kommen ohne Ausnahme pünktlich zu den Einzelberatungen; es kam nicht ein einziges Mal vor, daß ein Studierender die Vereinbarung nicht einhielt. Viele sprechen zum erstenmal über ihre Konflikte. Der Freimut und die Direktheit ihrer Schilderungen sind bemerkenswert, weil sie in der psychotherapeutischen und psychiatrisch-psychologischen Praxis nicht immer erwartet werden können.

Die Zahl der weiblichen Beratenen entspricht etwa dem prozentualen Anteil der weiblichen Studierenden an den Berliner Hochschulen. Einige Studenten, die die Beratungsstelle aufsuchten, waren Ausländer und einige konnten auch ohne Schwierigkeiten in die Gruppenpsychotherapie übernommen werden. Die Gruppenpsychotherapie wird als wöchentliche Sitzung von zwei Stunden Dauer abgehalten. Die Teilnehmer (etwa zehn pro Gruppe) bezahlen jede Sitzung mit 15,– DM. Dieser Betrag kann teilweise von den jeweiligen Krankenkassen vergütet werden.

Die Mehrzahl der Beratenen war weder von den Eltern noch den Lehrern über sexuelle Fragen aufgeklärt worden. Von 59 Studierenden mit neurotischer Fehlentwicklung der Persönlichkeit, die von Frau Lange-Undeutsch im WS 1964/65 gesehen wurden, hatten 11 ihren Vater im Krieg verloren, 9 hatten geschiedene Eltern oder Eltern, die getrennt lebten, 5 hatten ihren Vater durch Krankheit früh verloren. Die Aufteilung der Beratenen nach Fakultäten ergab nicht zwingend eine Bevorzugung irgendeiner Studienrichtung. Häufig wurden unter den Erkrankten sogenannte soziale Aufsteiger gefunden, d. h. Studierende aus Arbeiterfamilien, die als erste Familienmitglieder die Hochschule besuchten. Bei den Frauen standen Konzentrationsschwierigkeiten und Kontaktschwierigkeiten mit Männern im Vordergrund.

Die „Psychotherapeutische Beratungsstelle – Beratungsstelle für Intimfragen" ist, obgleich immer noch ein Improvisorium, zum festen Bestandteil der sozialmedizinischen Fürsorge für Studierende der FU Berlin geworden. Sie wird mittlerweile auch von Dozenten und Ordinarien konsultiert. Wie bei jeder ähnlichen Institution sind die Überfüllung, die langen Wartezeiten und die Schwierigkeiten einer Unterbringung in die Therapie sehr groß. Mit der in naher Zukunft zu erwartenden Umgestaltung der Stelle, d. h. mit der Verpflichtung eines hauptamtlich tätigen Beraters, dem wissenschaftlich ausgebildete Fachleute zur Seite stehen und einer Entlastung von Schreibarbeiten durch Bürokräfte ist anzunehmen, daß die Wirksamkeit der Stelle noch weiter anwächst.

Hubert Bacia

Anmerkung der Redaktion

Mit dem Bericht über die studentische Beratungsstelle der FU Berlin beginnt eine Informationsreihe über die an den bundesrepublikanischen Universitäten schon existierenden Beratungsstellen. In jeder Ausgabe der Zeitschrift soll eine andere Stelle vorgestellt und ebenso die Bemühungen des Auslandes auf diesem Gebiet geschildert werden. In München, Hamburg, Gießen und Göttingen existieren universitätseigene Beratungsstellen. Auch in Berlin gibt es im Rahmen der Poliklinik der Universitätsnervenklinik seit etwa 10 Jahren eine Beratungsstelle für Studierende, die unter Leitung von Priv.-Doz. Ziolko steht. In Karlsruhe, Freiburg, Darmstadt und Braunschweig sind Pläne für die Einrichtung einer psychotherapeutischen Beratungsstelle vorhanden. In der nächsten Ausgabe dieser Zeitschrift werden darüber detaillierte Angaben vermittelt werden können.

The "Psychotherapeutic Advice Center" at the Free University of Berlin

In the fall semester, 1964/65, a psychotherapeutic advice center for students was founded at the Free University of Berlin. The center was initiated by the student body and, as it met with the opposition of the University administration and the Berlin Senate, continued to be financed by the student government (AStA) itself. This step should not surprise anyone who is familiar with the young tradition of the Free University.

Beginning with the unique circumstances of its foundation it has distinguished itself by various efforts towards reform and progress on the part of the students, while the authorities have sought to stall any development in the direction of a more influential student government. It is also characteristic of today's political climate that a project of this kind was bound to develop into a political issue as it became a significant criterion in the students' struggle for emancipation and democracy on the university level. How could the students have faith in the help and counsel that the University administration offered for the solution of their social and psychic conflicts, if that same administration endeavored to consolidate their dependency through a patriarchical hierarchy of the faculty and an authoritative judiciary system? While the University withheld its approval and support of the new center, the student governments of several other German universities undertook to establish a similar institution, which is further proof of the urgent need for genuine psychotherapeutic counsel at our mass universities.

Structure and work:

Four psychoanalysts have carried on the work of the center since it was called into being three years ago. They were Dr. H. Lange-Undeutsch during the first two terms, the psychoanalyst H. Jordt for one term and, from October 1965 to September 1967, the psychiatrist and psychoanalyst Dr. G. Ammon, the medical doctor and psychoanalyst Dr. M. Schulte and Dr. Lange-Undeutsch were sharing the work of the center on a part-time basis. Through Dr. Ammon, who was formerly at the Menninger School of Psychiatry in Topeka, Kansas, U.S.A., the principle of group therapy has been introduced into the therapeutic practice of the center.

The center operates with psychoanalytic examination, short term individual therapy and group psychotherapy. Bulletin boards inform the students about the work of the institution; those in need of counsel are asked to telephone and make an appointment for an interview. The session is officially limited to 50 minutes, but that limit is often exceeded. The fee of 30 marks per hour is paid by the AStA. The purpose of the first interview is to give the analyst a general impression of the case at hand and to enable him to recommend adequate future therapy. This will either be individual therapy, group-psychotherapy, or participation in one of the discussion groups. The discussion groups on sexuality deal with topics like "Premarital intercourse", "Contraception", "Abortion", "Homosexuality", "Impotence and frigidity", "Sexuality and society", and "Study and concentration problems". The discussions are conducted by students, because it is felt that the student will be more relaxed when he finds himself in the company of equals. The ultimate supervision, however, lies in the hands of the analyst who is occasionally present himself. So far some 3000 students have taken part in these informative discussions.

Data:

The following data apply to the period from October 1964 to September 1967.

During that time 1,105 students asked for an appointment; 279 could not be seen because of want of time; 826 were interviewed; 747 were diagnosed as ill. In the second term of the center there was a 30% increase of diagnosed students; in the third term the number tripled, because by then three analysts were sharing the work. The present average is at 140 interviews per semester.

Four main groups are differentiated in diagnosis:

1. Neuroses
2. Diseases of the psychotic group with acute and recurring psychotic reactions
3. Borderline cases
4. Purely neurological cases

80% of 747 ill students were diagnosed as cases of neuroses, 5.5% were grouped under no. 2, 14% under 3., and 0.5% under 4.

a) In the fall term, 1964/65, 59 cases of neuroses were diagnosed by Dr. Lange-Undeutsch. The most frequent symptoms were:
1. lack of contact with the other sex (36)
2. lack of contact with people in general (30)
3. depressions and subdepressive moods (22)
4. suicide reflections (22)
5. study and concentration problems
6. daydreaming (10)
7. insomnia (9)

b) In the fall term, 1965/66, Dr. Ammon diagnosed 61 students with severe to critical neuroses. They showed the following symptoms:
1. mixed forms of neuroses (45)
2. neuroses with visible psychosomatic symptoms (5)
3. neuroses with reactive-depressive symptomatology and obsessional neurotic structure (49)
4. phobias (2)
5. predominantly hysterical characteristics (5)
6. speech defects (2)

90% of all these students had study problems.

Discussions:

The fact that 25% of the students who ask for help still can not be seen calls for further expansion of the center. A first step in that direction has been made by providing for the necessary funds and an office for a psychiatrist with psychoanalytic background, who is to work for the center on a fulltime basis. Plans have also been made for the hiring of another psychologist and a social worker.

The work of the center is characterized by an exceptional discipline on the part of the students. Not once has a student failed to come to an appointment or not been on time. The candor with which they relate their problems is exceptional and a genuine help for the analyst. The majority of the interviewed students had not been informed about sexual issues by either their parents or teachers. 12 out of 59 students with neuroses had never had a sexual relationship. 16 of these 59 had lost their father during the war or through disease; in 9 cases the parents were divorced or had separated. Several of the ill students were so-called 'social climbers', usually the first member of a worker family who had gone to college.

Meanwhile the "Psychotherapeutic Advice Center" has become an integral part of the Free University without having lost its independence. It is now consulted by lecturers and professors as well as by students. Although many technical problems have yet to be overcome, one may hope that with the planned increase of its counseling capacity the center will continue to improve its efficiency.

Notes

This is the beginning of a series of information on the psychotherapeutic advice centers of several German universities. In each edition of this journal another center will be introduced; the efforts and results of foreign institutions will also be referred to.

(Summary: K. Butzke)

Referatenteil

Psychotherapy of the Psychoses

Herausgeber Arthur Burton. 386 Seiten. New York, Basic Books, 1961.

Dieses Buch bietet eine Beitragssammlung von vierzehn Autoren verschiedener Richtungen und Länder, die entweder Psychiater, Psychoanalytiker oder beides sind, zum Thema der Psychotherapie von Schizophrenien und von Psychosen überhaupt. Die

Einbeziehung von schizophrenen Patienten bei der Anwendung psychotherapeutischer Techniken zeigt die enorme Wandlung der Psychotherapie in den letzten Jahren. Es ist noch gar nicht so lange her, daß solche Patienten schlechthin als ungeeignet für jegliche psychotherapeutische Behandlung angesehen wurden und man sich allein auf die Behandlung von Neurosen beschränkte. Diese Tendenz der Überwindung der – nach Meinung des Herausgebers – künstlichen Grenzen zwischen Neurosen und Psychosen wird untermauert von einer ganzen Reihe von Beobachtungen und Experimenten in der Psychotherapie von psychotischen Patienten. Burton bemüht sich durch die Auswahl der Beiträge einen gewissen Überblick über moderne dynamische Konzeptionen der Psychosen und ihrer Therapie zu geben, weil diese gerade im Bereich der Psychotherapie häufigen und grundlegenden Wandlungen unterworfen sind; darüber hinaus bietet er in den einzelnen Beiträgen Musterbeispiele für die verschiedenen Theorien in der Psychotherapie von Psychosen, d. h. er gibt einen repräsentativen Querschnitt der bestehenden Richtungen. Autoren und Beiträge:

1. *Otto Allen Will:* Process, Psychotherapy and Schizophrenia.
2. *William L. Pious:* A Hypothesis About the Nature of Schizophrenic Behaviour.
3. *Silvano Arieti:* Introductory Notes an the Psychoanalytic Therapy of Schizophrenics.
4. *John Weir Perry:* Image, Complex and Transference in Schizophrenia.
5. *Marguerite Sechehaye:* The Cusative Functions of Symbols in a Case of Traumatic Neurosis with Psychotic Reactions.
6. *Gisela Pankow:* Dynamic Structurization in Schizophrenia.
7. *Arthur Burton:* The Quest for the Golden Mean: A Study in Schizophrenia.
8. *Donald Burnham:* Autonomy and Activity–Passivity in the Psychotherapy of a Schizophrenic Man.
9. *Igor A. Caruso & Edmund Fruehmann:* Activation and Symbolization of Delusion in Schizophrenia.
10. *Harold F. Searles:* The Evolution of the Mother Transference in Psychotherapy with the Schizophrenic Patient.
11. *John Shlien:* A Client-Centered Approach to Schizophrenia: First Approximation.
12. *Don D. Jackson:* The Monad, the Dyad and the Family Therapy of Schizophrenics.
13. *Helm Stierlin:* Individual Therapy of Schizophrenic Patients and Hospital Structure.
14. *Edith Weigert:* The Psychotherapy of the Affective Psychoses. M. B.

The Vital Balance: The Life Process in Mental Health and Illness

Von Karl Menninger, Martin Mayman und Paul Pruyser, 531 Seiten. New York, The Viking Press, 1963.

Karl Menninger und zwei seiner Mitarbeiter beschreiben in diesem Buch das Wesen der Wandlungen in der Wissenschaft im allgemeinen und in der Psychiatrie im besonderen; der Übergang von der statischen, pessimistischen Betrachtungsweise der Psychiatrie vor knapp 50 Jahren zu einer mehr hoffnungsfrohen und evolutionären Anschauung dieser Disziplin bleibt ja wesentlich mit dem Namen Menninger verbunden. Darüber hinaus ziehen die Autoren die Verbindungslinie von dem Werk Freuds zu dieser gewandelten Sicht der Psychiatrie. Sie sehen die Einwirkung der Psychoanalyse nicht so sehr in der ihr eigenen Behandlungsmethode als vielmehr in dem neuen Verständnis des Menschen durch die Entdeckung des Unbewußten und aller mit diesem Begriff verbundenen Implikationen. Das Buch liefert insofern eine grundlegend neue Anschauungsweise der Psychiatrie, als psychische Krankheiten als Ganzheit betrachtet werden, d. h. die einzelnen Stadien der Geistesstörung werden als Stufen eines umkehrbaren Gesamtprozesses aufgefaßt. Die Schwerpunkte liegen – wie schon ein Blick auf das Inhaltsverzeichnis zeigt – auf den fünf Graden der Dysfunktion sowie auf der Rolle des Arztes bei der Rekonvaleszenz; beide Punkte umfassen etwa je ein Fünftel des Gesamtwerkes.

M. B.

Organization and Pathology of Thought

Von David Rapaport, 786 Seiten. New York, Columbia University Press, 1951.

Bei diesem Werk der Grundlagenforschung handelt es sich um eine Sammlung psychologischer, psychiatrischer und psychoanalytischer Texte von zum größeren Teil nicht englischsprachigen Autoren zu verschiedenen Gesichtspunkten der Theorie des Denkens. Rapaports Konzeption vom Denkprozeß ist äußerst umfassend: er betrachtet ihn primär von der Motivation her, d. h. er erweitert die gewöhnliche Anschauungsweise vom Denken durch bewußte und unbewußte Vorgänge, die Bestandteil des Umsetzungsprozesses von Motivation in Aktionen sind. Die Breite seiner Konzeption leitet er aus Forschungsergebnissen der Psychoanalyse, Psychiatrie und Psychologie in den letzten Jahrzehnten her. Mit der Auswahl von z. T. weniger beachteten Beiträgen will er die Aufmerksamkeit auf seltener angewandte, aber wichtige Untersuchungsmethoden von Denkvorgängen lenken.

Die Beiträge sind in fünf Komplexen gruppiert:

1. Directed Thinking (Ach, Buehler, Claparède, Lewin, Piaget).
2. Symbolism (Silberer, Schroetter, Roffenstein, Nachmansohn, Betlheim, Hartmann).
3. Motivation of Thinking (Stekel, Freud, Fenichel, Hartmann).
4. Fantasy Thinking (Bleuler, Varendonck, Kris).
5. Pathology of Thinking (Schilder, Bleuler, Buerger-Prinz, Kaila).

Der Autor fügt hieran seine Schlußfolgerungen zur Aufstellung einer Denktheorie. Einen wesentlichen Bestandteil dieses Werkes stellen die äußerst umfangreichen und fundierten Fußnoten dar, deren Wichtigkeit wohl nur schwerlich zu überschätzen sind.

M. B.

Kongreßnachrichten

25. Internationaler Psychoanalytischer Kongreß

(24 bis 28. Juli 1967 in Kopenhagen). Als Hauptthema wurde das „Agieren in der psychoanalytischen Behandlung" abgehandelt. Unter dem Vorsitz von Heinz Hartmann (New York) wurde die Rolle des Agierens im psychoanalytischen Prozeß von Anna Freud (London) und Leon Grinberg (Buenos Aires) in Einführungsvorträgen dargestellt und anschließend in fünf nach Sprachen geordneten Gruppen unter lebhafter Anteilnahme diskutiert. Den zweiten Platz nahmen am 2. und am 4. Arbeitstag je zwei Symposia ein. Das Symposion über Psychosomatik wurde von Max Schur (New York) geleitet, das über Indikationen und Kontraindikationen zur psychoanalytischen Behandlung von Robert Waelder (Philadelphia).

Das Symposion über psychische Traumatisation durch soziale Katastrophen („Late Psychic Sequelae of Man-made Disasters"), bei dem Martin Wangh (New York) als Moderator fungierte, war deshalb bemerkenswert, weil die psychischen Spätfolgen der Greueltaten des nationalsozialistischen Regimes zum ersten Male auf einem Internationalen Psychoanalytischen Kongreß systematisch diskutiert worden sind. Die Vorträge der fünf Sprecher wurden durch Beiträge von Diskussionsteilnehmern ergänzt. Das Interesse der internationalen Presse war so stark, daß die Kongreßleitung sich zu einer Pressekonferenz entschloß.

Das vierte Symposion vereinigte die Kinderanalytiker unter dem Vorsitz von Anna Freud. Das Thema war Kinderanalyse und Pädiatrie („The Influence of Bodily Illness and Malformation in Early Childhood on Mental Development").

In vier Sektionen wurde eine große Zahl individueller Vorträge gehalten. In dieser kurzen Mitteilung erscheint es als ein aussichtsloses Unterfangen, von ihnen einzelne hervorzuheben. P. J. van der Leeuw wurde als Präsident der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung unter lebhafter Zustimmung wiedergewählt. Dr. med. Erich Simenauer

Die Redaktion weist darauf hin, daß Erich Simenauer als Vertreter der deutschen psychoanalytischen Gruppe an dem internationalen Symposion über Verfolgungsschäden teilnahm.

Der nächste Internationale Psychoanalytische Kongreß wird im Juli 1969 in Rom stattfinden.

7. Internationaler Psychotherapie-Kongreß

(21. bis 26. August 1967 in Wiesbaden)

Vier Komplexe standen auf diesem Kongreß im Mittelpunkt des Interesses: die psychotherapeutisch geleitete Klinik, die Psyche des Kindes, die Nebenwirkungen einer Hospitalisierung und die Bedeutung der Familientherapie.

Zum ersten Komplex berichtete der Psychotherapeut Dr. Johann Zauner (Göttingen-Tiefenbrunn), der im Landeskrankenhaus gemeinsam mit dem Stationsarzt versuchte, unbewußte Motivierungen offenzulegen und seelische Widerstände abzubauen; seine Patienten litten an chronisch-psychoneurotischer Symptomatik, so daß sie in der Regel schon organisch behandelt worden waren. Die Behandlung in Tiefenbrunn beschränkte sich nicht nur auf psychotherapeutische oder soziale Maßnahmen, sondern konnte in dem größeren Rahmen einer Fachklinik auch analytische Gruppentherapie und übende Verfahren sowie aktive Psychotherapie umfassen. In einem kurzen statistischen Überblick stellte der Referent Katamnesen und Sofortergebnisse einander gegenüber.

Dr. Fritz Held (Königslutter) meinte zum zweiten Thema, daß das Kind durchaus die Möglichkeit zur Selbstimmunisierung seines psychischen Organismus besitzt, wenn die dazu notwendigen Umweltvoraussetzungen (Liebe, Zuwendung, Geborgenheit usw.) vorliegen; allerdings soll diese Umwelt dem kindlichen Entwicklungsstadium angemessene Konflikte enthalten, die für die Reifung und Persönlichkeitsbildung von grundlegender Bedeutung sind. Neurotische Symptome beim Kind müssen keineswegs immer eine tiefenpsychologische Symbolik besitzen, sondern brauchen nur instinkthafte Signale einer Hilfssituation zu sein, wobei das Signal nicht zwangsläufig den Ort der Gefahr bezeichnen muß. Das Symptom kann aber auch eine „Übersprunghandlung" sein, d. h. es kann Ersatzbefriedigung eines frustrierten Triebes sein und dennoch die Mechanismen eines anderen Triebkomplexes haben. Die Befriedigung irgendeiner lebensnotwendigen Triebgruppe kann in der Therapie auf andere Triebgruppen – auch die frustrierte – überspringen. Held führte aus, daß das Symptom in einer bestimmten späteren Entwicklungsphase Instrument einer Wunsch- oder Protestrealisierung werden kann. Es muß unbedingt vermieden werden, daß dieses Leerlaufsymptom durch pädagogisch oder psychotherapeutisch falsche Maßnahmen neurotisiert und stabilisiert wird.

Professor Heinz Häfner (Heidelberg) betonte in seinem Vortrag zu Nebenwirkungen der Hospitalisierung, daß die Atmosphäre in der Anstalt möglichst weitgehend an die jeder normalen Gemeinschaft angepaßt werden müsse, um psychosoziale Veränderungen (Sprachmonotonie, Mutismus usw) zu vermeiden;

insbesondere die institutionalisierte Hierarchie soll zugunsten von demokratisch strukturierten, das Prinzip der therapeutischen Gemeinschaft betonenden Anstalten überwunden werden. Die Beschäftigung von Laienhelfern und die Zusammenarbeit mit außerhalb des Hospitals stehenden Organisationen können ein wichtiger Beitrag zur Verwirklichung dieser Ziele werden. Die gefühlsmäßige Bindung an frühere Bezugspersonen, die sich umgekehrt proportional zur psychischen Gesundheit verhält, ist das auslösende Moment der Rückfallquote. Die wesentliche Aufgabe der Nachsorgeorganisation (z. B. beschützte Werkstätten, Nachbarschaftszentren usw.) ist also die Herstellung eines richtigen Verhältnisses zwischen Geborgenheit und Unverbindlichkeit, d. h. die Bewahrung loser Bindungen, um einerseits Folgen enger Gefühlsbeziehungen, andererseits auch die Veränderungen des Institutionalismus zu überwinden. Häfner gibt ebenfalls Beispiele und Zahlenmaterial zur Untermauerung seiner Thesen.

Prof. Horst-Eberhard Richter (Gießen) hob in seinem Vortrag die Bedeutung der Gesamtbetrachtung einer Familie für die individuelle Psychotherapie hervor, weil häufig nicht nur der Patient, sondern mehr oder weniger stark auch andere Familienmitglieder unbewältigte Probleme und versteckte Spannungen besitzen, d. h. chronische Neurosen verursachen gegenseitige Störungen menschlicher Beziehungen. Es ist also eine Aufgabe des Familientherapeuten, seinen Patienten aus dem Familienverband zu lösen. Oft ist die Abhängigkeit des Patienten von einem Familienmitglied so stark, daß er eben dieses Mitglied in eine neurotische Rolle zwingt, ohne selbst Symptome einer Neurose zu zeigen, indem er Impulse oder eigene Fehler unbewußt auf diese andere Person projiziert. Die Behandlung solcher Projektionen setzt das Erkennen und das Verständnis neurotischer Individualmechanismen voraus. Selbstverständlich ist die Familientherapie ungeeignet, wenn die Krankheit unabhängig von Familienpartnern ist. Richter wies auf eventuelle Gefahren der Gegenübertragung in der Familientherapie hin, zeigte aber zugleich auch den Ausweg in sorgfältiger Untersuchung der Familienpsychodynamik. M. B.

Kongresse

4.–7. 4. 1968 Wien
Wissenschaftliches Symposium: Die Behandlung des Alkoholismus und die Rolle der Heilanstalt.
Information: Bureau International Contre l'Alcoolisme, Case postale 140, CH 1001 (Schweiz).
7.–12. 4. 1968 Brunnen
6. Arbeitstagung der mitteleuropäischen psychoanalytischen Vereinigungen.
Information: Dr. E. Grütter, Zeltweg 87, CH 8032 Zürich.
23.–26. 4. 1968 München
3. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Kybernetik.
Information: Deutsche Gesellschaft für Kybernetik, 6 Frankfurt a. M. 70, Stresemannallee 21, oder Fremdenverkehrsamt 8 München-Rosental 1/II.
29. 4.–11. 5. 1968 Lindau
18. Lindauer Psychotherapiewoche mit Übungswoche.
Information: Sekretariat der Lindauer Psychotherapiewoche, 8 München 27, Adalbert-Stifter-Straße 31.
3.–5. 5. 1968 Berlin

Kongreß der Nordwestdeutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde. Vorsitz: Prof. Dr. A. Wiesener.
Information: Prof. Dr. A. Loeschke, 1 Berlin 19, Heubnerweg 6.

5.–18. 5. 1968 Sowjetunion
Studienreise „Praktische Medizin und Kinderheilkunde", veranstaltet von der Ärztlichen Pressestelle Baden-Württemberg zusammen mit dem Auslandsdienst der Bundesärztekammer und dem Deutschen Reisebüro.
Information: Ärztliche Pressestelle Baden-Württemberg, 7 Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32, oder Kongreßreisebüro DER, 6 Frankfurt, Eschenheimer Landstraße 25/27.

15.–18. 5. 1968 Wien
3. Donausymposium für Psychiatrie.
Information: Wiener Medizinische Akademie, Alserstraße 4, A 1090 Wien (Österreich).
Tagung der Kinder- und Jugendpsychiater.
Information: Dozent Dr. W. Spiel, Psychiatrisch-neurologische Universitätsklinik, Spitalgasse 23, A 1090 Wien (Österreich).

14.–15. 5. 1968 Wiesbaden
Jahresversammlung des Stifterverbandes für die Deutsche Wissenschaft.
Information: Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft, 43 Essen-Bredeney, Brucker Holt 42, Postfach 360.

16.–18. 5. 1968 Wien
6. Wissenschaftliche Tagung der Gesellschaft für Versuchstierkunde.
Information: Priv.-Doz. Dr. K. Gärtner, Tierversuchsanlage der Univ.-Kliniken, 6 Frankfurt a. M.-Sachsenhausen, Ludwig-Rahn-Straße 14.

15.–19. 5. 1968 Berlin
17. Deutscher Kongreß für ärztliche Fortbildung.
Information: Kongreßgesellschaft für ärztliche Fortbildung e. V., 1 Berlin 41, Klingsorstraße 21.

17.–22. 5. 1968 Wiesbaden
71. Deutscher Ärztetag mit Filmfortbildungsprogramm.
Information: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5 Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.

24.–25. 5. 1968 Ueckermünde
Tagung der Medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaft für Neurologie und Psychiatrie.
Information: Obermedizinalrat Dr. Joschko, X 212 Ueckermünde, Neuropsychiatrisches Bezirkskrankenhaus.

8.–9. 6. 1968 Baden-Baden
Fachkongreß der Vereinigung Süddeutscher Neurologen und Psychiater.
Information: Frau A. Müller, 757 Baden-Baden, Maria-Viktoria-Straße 33, oder Kurdirektion, 757 Baden-Baden.

5.–9. 8. 1968 London/England
7. Internationale Rorschach-Kongreß.
Information: Prof. Dr. med. A. Friedemann, Fischerweg 6, CH 2500 Biel-Bienne/Schweiz.

12.–17. 8. 1968 London/England
7. Internationaler Kongreß für geistige Gesundheit.
Information: National Association for Mental Health, 39 Queen Anne Street, London W 1 / England, oder Kongreßreisebüro DER, 6 Frankfurt a. M., Eschersheimer Landstraße 25/27.

August/September 1968 Karlsbad/Tschechoslowakei
3e Congrès international de Psychodrame, *Information:* Mme. A. Ancelin-Schutzenberger, 14, avenue Paul-Appel, Paris-14e/Frankreich.

16.–21. 9. 1968 Wien/Österreich.
4. Internationaler Kongreß für Gruppen-Psychotherapie. Themen: Gruppe und Infor-

mation, Gruppe und Rehabilitation, Pharmakotherapie und Gruppe, Technik der Gruppenführung.
Information: Sekretariat der Wiener Medizinischen Akademie, Stadiongasse 6/8, A 1010 Wien/Österreich.
22.–25. 9. 1968 Freudenstadt
25. Psychotherapie-Seminar. Thema: Das Leiden des einzelnen an der Gesellschaft.
Information und Anmeldung: Seminarbüro, 8 München 23, Königinstraße 101.
28.–29. 9.1968 Basel/Schweiz
3. Kongreß der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychopathologie. Thema: Verlauf und Prognose im bildnerischen Ausdruck.
Information: Dr. med. Graf Wittgenstein, 8 München 23, Königinstraße 101, oder Dozent Dr. Battegay, Univ.-Nervenklinik, CH 4000 Basel/Schweiz.

Mitteilungen des Lehr- und Forschungsinstituts für Psychodynamische Psychiatrie und Gruppendynamik, Berlin

Es ist die Aufgabe dieses Instituts, ein psychiatrisches Zentrum für Behandlung, Forschung und Ausbildung zu schaffen.
Das Institut bietet Konsultation wie regelmäßige Unterweisung für Psychiater und andere Mitglieder psychiatrischer Teams in Einzel- oder Gruppensitzungen an. Es will eine zusätzliche psychodynamisch-orientierte Ausbildung im Stile der Menninger School of Psychiatry fördern.
Ferner werden Kurse zur Ausbildung in Gruppendynamik und Gruppenpsychotherapie angeboten:

1. Kursus für Gruppen-Dynamik
   Lerngruppe, 20 Doppelstunden (groupdynamic teaching and study experience)
2. Didaktischer Teil
   Literaturseminar für Gruppendynamik und Gruppenpsychotherapie, 20 Doppelstunden
3. Demonstration von Gruppenpsychotherapie bzw. Gruppenpsychotherapie-Kontrollgruppe
4. bei Mitgliedern, die zur Gruppenpsychotherapie geeignet sind, regelmäßige Teilnahme an Gruppen als Beobachter oder Gäste.

Internationale Zusammenarbeit:
Dr. Aaron Stein, Präsident der American Group Psychotherapy Ass., bittet das Lehr- und Forschungsinstitut für Psychodynamische Psychiatrie und Gruppendynamik mit Schreiben vom 8. Januar 1968 um Vorschläge zur Organisierung eines internationalen Forums zwecks Erfahrungsaustausch auf dem Gebiet der Gruppenpsychotherapie. Fachlich qualifizierte Interessenten mögen sich mit dem Institut in Verbindung setzen.
Anmeldung erfolgt über das Sekretariat des Instituts:
1 Berlin 15 (Charlottenburg), Wielandstraße 27/28, Telefon: 8 83 49 81.
Das Institut ist eine private, universitätsunabhängige Institution.

Biographische Daten der Mitarbeiter:

Dr. med. Nathan Ackerman ist einer der frühen Schüler und Mitarbeiter von Karl Menninger und einer der führenden Psychiater auf dem Gebiet der Familientherapie; er hat einen entscheidenden Anteil an ihrer Entwicklung hinsichtlich ihrer theoretischen Grundlagen wie ihrer klinisch praktischen Anwendung. Er arbeitet an dem Institute for Family Therapy, New York, und ist der Autor zahlreicher einschlägiger Arbeiten.
Dr. med. Günter Ammon, der Herausgeber der neuen Zeitschrift, promovierte 1949 an der Freien Universität Berlin, Arzt an div. Westberl. Kliniken, Forschg. über Blutphysiologie, neurologische u. psychiatrische Kliniktätigkeit. Berliner Psychoanalytisches

Institut von 1952 bis 1956. 1956 bis 1965 Psychiater, Psychoanalytiker und Dozent an der Menninger Clinic and School of Psychiatry. Beratender Psychiater der Psychiatrischen Anstalten des Staates Kansas, USA. Arbeit auf dem Gebiet der Psychotherapie von sogenannten Grenzfällen und schizophrenen Reaktionen. Lehrer auf dem Gebiet der Gruppendynamik und Gruppenpsychotherapie. Seit 1965 Westberlin in priv. psychiatrischer und psychoanalytischer Praxis. Lehranalytiker am Berliner Psychoanalytischen Institut. Beratender Psychiater des US-Army-Hospitals, der US-Mission, Berlin, und der Psychotherapeutischen Beratungsstelle des AStA der Freien Universität Berlin. Neben einschlägigen Arbeiten eine Reihe medizinischer Veröffentlichungen.

Prof. Dr. med. Robert Barnes ist Professor und Direktor der Abteilung für Psychiatrie der Universität von Missouri und Exekutivdirektor der Greater Kansas City Mental Health Foundation, die er zu einem der bedeutendsten Community Mental Health Centers der Vereinigten Staaten ausbaute. (Siehe „A Community Concern", herausgegeben zusammen mit Robert Epps und Thomas McPortland.) Prof. Barnes ist ein psychoanalytisch orientierter Psychiater mit neurologisch-medizinischem Interesse und reicher Erfahrung auf dem Gebiet der Individuellen, Gruppen-, Klinik- und Community-Psychotherapie.

Dr. phil. Rudolf Ekstein studierte in seiner Heimatstadt Wien, wo er auch mit der Psychoanalyse in Verbindung kam. Er ist z. Z. Direktor des Forschungsprojektes für Kinderpsychosen im Reiss-Davis-Child-Study-Center und Lehranalytiker in der Los Angeles Psychoanalytischen Vereinigung. Von 1947 bis 1957 wirkte Dr. Ekstein als Lehranalytiker an dem Topeka Psychoanalytic Institut und als Direktor für Psychotherapie an der Menninger Foundation. Von allgemeiner Wichtigkeit ist sein zusammen mit Robert Wallerstein verfaßtes grundlegendes Werk: Das Lehren und Lernen von Psychotherapie.

Dr. med. Thomas Freeman arbeitet als beratender Psychiater an dem Royal Dundee Liff Hospital bei Dundee in Schottland und ist einer der führenden britischen Psychoanalytiker und Psychiater auf dem Gebiet von Theorie und Therapie der akuten und chronischen „Schizophrenia" und anderer psychotischer Reaktionsformen. Seine Hauptwerke sind: Chronic Schizophrenia und Studies on Psychosis, zusammen mit John L. Cameron und Andrew McGhie.

Dr. med. Angel Garma ist gebürtiger Spanier, studierte Psychoanalyse am Berliner Institut zusammen mit Theodor Reik und lebt seit 1939 in Buenos Aires. Er gründete die Argentinische Psychoanalytische Vereinigung und nahm großen Einfluß auf die Entwicklung der Psychoanalyse in ganz Süd- und Mittelamerika. Seine bedeutendsten Beiträge liegen auf dem Gebiet der Psychosomatik, Gruppenpsychotherapie und der Traumanalyse, der auch sein letztes Werk, The Psychoanalysis of Dreams, gewidmet ist. Er war Sloan-Visiting Professor an der Menninger School of Psychiatry, Topeka, Kansas, USA.

Prof. Dr. med. Martin Grotjahn studierte in Berlin Medizin, wo er auch an der Universitätsklinik und am Berliner Psychoanalytischen Institut wirkte. Er war ein Schüler und Mitarbeiter von Franz Alexander. Er ist a. o. Professor für Psychiatrie an der Universität von Südkalifornien, Direktor und Vorsitzender des Unterrichtsausschusses of the Training School of the Institute for Psychoanalytic Medicine, beratender Psychiater des Veterans Administration Mental Hygiene Clinic Los Angeles und am Brentwood Neuropsychiatric Hospital. Er ist der Verfasser einer großen Anzahl von bahnbrechenden Arbeiten auf dem Wege der Psychoanalyse. U. a. sei sein Buch „Psychoanalyse und Familienneurose" erwähnt.

Dr. med. Bernard Hall ist Direktor des Psychotherapy Service der Menninger Foundation. Er widmete sich besonders der psychodynamischen Ausbildung von psychiatrischen Schwestern und Pflegern und ist im Komitee für psychiatrisches Pflegepersonal der „Group for the Advancement of Psychiatry". Neben psychodynamisch orientierten psychiatrischen Arbeiten veröffentlichte er zusammen mit R. Gassert S. J. „Psychiatrie und

religiöser Glaube" und gab die gesammelten Einzelarbeiten von Karl Menninger in dem zweibändigen Handbuch „Die Welt eines Psychiaters" heraus.

Dr. med. et phil. Peter Hartocollis ist Abteilungschef am C. F. Menninger Memorial Hospital, der psychiatrischen Privatklinik der Menninger Foundation, Dozent an der Menninger School of Psychiatry und beschäftigt sich besonders mit der Erforschung der Psychodynamik des Alkoholismus. Einschlägige Veröffentlichungen.

Prof. Dr. med. et phil. Irene Jakab war Professor für Neurologie und Psychiatrie an der Universitätsklinik Pécs, Ungarn, wo sie eine große Anzahl neurologisch-medizinischer Arbeiten und ihr Buch „Zeichnungen und Gemälde der Geisteskranken" veröffentlichte. Sie wirkte über eine Reihe von Jahren an der Menninger School of Psychiatry, dem Topeka State Hospital und dem Kansas Neurological Institute, wo sie sich hauptsächlich der Behandlung hirngeschädigter Kinder widmete. Z. Z. arbeitet sie als Psychiaterin am McLean Hospital, Belmont, Mass., einer Lehrklinik für die Medical School der Harvard University und ist Vorsitzende der Amerikanischen Gesellschaft für die Psychopathologie des Ausdrucks.

Prof. Dr. med. Lawrence S. Kubie ist z. Z. klinischer Professor für Psychiatrie an der medizinischen Fakultät der University of Maryland, Baltimore, beratender Psychiater für Forschung und Ausbildung am Sheppard und Enoch Pratt Hospital, Towson, Maryland, Psychiatrieprofessor der Medizinischen Fakultät der John Hopkins Universität. Hauptherausgeber des Journals „Of Nervous and Mental Disease". Der 1896 in New York geborene Kubie ist einer der großen Forscher auf dem Gebiet der Psychoanalyse und Psychiatrie mit besonderem Interesse für die Beziehung physiologischer Aspekte zur Psychoanalyse, was aus seiner neuroanatomischen und neurophysischen Forschungstätigkeit in den USA und ganz besonders auch in Europa während der zwanziger Jahre zurückgeht. Von 1928 bis 1930 hatte er die Gelegenheit einer Lehranalyse bei Edward G. Glover. Danach eröffnete er eine Fachpraxis in New York und war von 1933 bis 1959 Mitglied des Psychoanalytischen Instituts in New York. Von ihm stammen eine große Anzahl wertvoller wissenschaftlicher Beiträge, wir erwähnen hier nur zwei deutsche Übersetzungen seiner Bücher: Psychoanalyse ohne Geheimnis, Neurotische Deformationen des Schöpferischen Prozesses.

Prof. Dr. med. Karl Menninger ist eine der führenden Persönlichkeiten der amerikanischen Psychiatrie und Psychoanalyse. Er hatte entscheidenden Anteil an der theoretischen und klinischen Entwicklung der dynamischen Psychiatrie in den USA, wie aber auch durch seine zahlreichen Schüler überall in der Welt. In den vier Jahrzehnten seines Schaffens hat die Psychiatrie in den USA einen vollständigen Wandel erfahren. Ihre Haltung hat sich gewandelt von Resignation zur aktiven und verstehenden Therapie. Der moderne Psychiater ist nicht mehr der gesellschaftlich unbeachtete Verwalter der als hoffnungslos angesehenen Kranken. Die Psychiatrie ist jetzt die Quelle der Hoffnung für alle, die seelisch und geistig leidend sind. Dies ist nicht zuletzt mit das Werk von Karl Menninger und seinen vielen langjährigen Mitarbeitern an der Menninger School of Psychiatry, Topeka. Karl Menningers Hauptwerke sind: The Human Mind, Man Against Himself, Love Against Hate, The Theory of Psychoanalytic Technique, A Psychiatrist's World, The Vital Balance, the Life Process in Mental Health and Illness, letzteres zusammen herausgegeben mit Prof. Dr. phil. Paul Pruyser und Dr. phil. Martin Mayman.

Prof. Dr. phil. Gardner Murphy, langjähriger Direktor der Forschungsabteilung der Menninger Foundation, ist einer der führenden Psychologen und Soziologen unserer Zeit. 1950 wandte sich die UNESCO an ihn, um die gesellschaftlichen Spannungen und deren Ursachen zwischen den Hindus und Moslems Indiens zu untersuchen. Mit Hilfe der UNESCO organisierte Murphy damals Teams von indischen Mitarbeitern, mit denen er das Problem direkt im sozialen Feld erforschte. Murphy leistete Entscheidendes als Forscher, Lehrer und Autor auf den Gebieten der Persönlichkeitsforschung, der experimentellen Sozialpsychologie und der Parapsychologie. Neben unzähligen Einzel-

veröffentlichungen sind seine Hauptwerke: General Psychology, Human Potentialities, Personality: a Biosocial Approach to Origins and Structure, together with Louis Murphy, Experimental Social Psychology.

Dr. med. Herbert Modlin ist Direktor der Abteilung für Community Psychiatry an der Menninger Foundation und hat als Psychoanalytiker und Psychiater an der Entwicklung dieses neuen Zweiges Anteil. Er ist der Autor zahlreicher Arbeiten auf dem Gebiet der Kriminologie, Behandlung schizophrener Reaktionen und der Ausbildung junger Psychiater, der er sich auch praktisch als langjähriger Professor an der Menninger School of Psychiatry und beratender Psychiater zuwandte. Er ist Mitherausgeber des „The Bulletin of the Menninger Clinic".

Prof. Dr. med. et phil. Raoul Schmiedeck ist ein langjähriger Mitarbeiter von Prof. Dr. Redlich an der Yale University und widmet sich besonders neben seiner direkten klinischen und psychotherapeutischen Tätigkeit der Erforschung des psychiatrischen Anstaltsmilieus und der Behandlung von emotional gestörten Adoleszenten. Schmiedeck kommt ursprünglich aus Wien, wo er seine psychoanalytische Ausbildung begann, bis ihn Karl Menninger persönlich nach Topeka einlud.

Dr. med. Erich Simenauer, M. R. C. G. P., Dirigierender Arzt a. D., Psychoanalytiker, Berlin, ist Vorstandsmitglied der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung. In der Emigration 17jährige Tätigkeit unter den Negern Ostafrikas mit vorwiegend psychosomatischer Arbeitsrichtung. Einschlägige Veröffentlichungen. Autor der psychoanalytischen Studie „Rainer Maria Rilke – Legende und Mythos". Facharzt für Chirurgie. Lehranalytiker am Berliner Psychoanalytischen Institut.

Dr. med. Lawrence Stross wirkt seit mehreren Jahren als Psychiater und Psychoanalytiker an der Forschungsabteilung der Menninger Foundation, wo er sich ganz besonders der Erforschung verschiedener Ich-Zustände, des Schlaf-Traum-Zyklus und hypnotischer Zustände zugewandt hat. Einschlägige Veröffentlichungen auf diesen Gebieten.

Dr. phil. Ernst Ticho ist Lehranalytiker und Dozent am Topeka Psychoanalytic Institute. Er ist Autor zahlreicher Veröffentlichungen auf dem Gebiet der psychoanalytischen Theorie und Praxis. An der Menninger School of Psychiatrie hat er sich als Lehrer besonders der dynamischen Psychotherapie für Psychiater und Psychologen in der Ausbildung gewidmet. Ticho kommt ursprünglich aus Graz, wo er an der Universität als Professor für Psychologie wirkte.

Prof. Dr. med. H. G. van der Waals ist z. Z. Direktor des Topeka Psychoanalytic Institute, wo er als Dozent und Lehranalytiker wirkt, vordem war er Direktor des C. F. Menninger Memorial Hospitals; er kommt ursprünglich aus Amsterdam, wo er lange Zeit als Psychiater und Psychoanalytiker führend wirkte, zuletzt als Professor an der Universität Amsterdam und als Präsident der Holländischen Psychoanalytischen Gesellschaft. Zahlreiche einschlägige Veröffentlichungen. Herausgeber des holländischen Handbuches für Psychiatrie.

Dr. med. Edith Weigert kommt ursprünglich aus Berlin, wo sie ihre psychiatrische und besonders ihre psychoanalytische Ausbildung an dem damaligen Berliner Psychoanalytischen Institut in seiner großen Zeit erlebte. In den dreißiger Jahren emigrierte sie nach den USA, wo sie ihr Wirkungsfeld in der Washington Psychoanalytic Society und an dem Chestnut Lodge-Sanatorium fand und u. a. mit ihrer Berliner Kollegin Frieda Fromm-Reichmann und Harry Stack Sullivan zusammen arbeitete und sich besonders der Psychotherapie der affektiven Psychosen zuwandte. Einschlägige Veröffentlichungen auf diesem Gebiet.

Prof. Dr. phil. Leighton Whitaker ist Professor für Psychologie an der University Colorado in Denver. Er war Direktor eines modernen psychiatrischen Community Health Centers in Hays, Kansas. In seiner Forschung widmete sich Whitaker besonders den Denkabläufen und Denkstörungen bei vorpsychotischen schizophrenen Reaktionen und entwickelte auf diesem Gebiet einen neuen Test (The Schizophrenic Thinking Index – STI).

Mitteilung der Redaktion und des Verlages

Im ersten Heft der „Dynamischen Psychiatrie" und an gleicher Stelle deuteten wir an, die Zeitschrift in absehbarer Zeit öfter als zweimal im Jahr herauszubringen. Wir erhielten seit Erscheinen der ersten Nummer ein weltweites Echo, auch in Form von vielen Arbeiten, die uns zur Veröffentlichung angeboten wurden und die uns zu der Entscheidung veranlaßt haben, den Umfang der Zeitschrift zu erweitern. Wir entschlossen uns daher, die Zeitschrift vom 1. Januar 1969 an dreimal im Jahr herauszugeben. Erscheinungstermine werden sein: Februar, Juni und Oktober.

Diese neue Situation macht es notwendig, den Bezugspreis für die Zeitschrift heraufzusetzen, um die erhöhten technischen Kosten decken zu können. Der Abonnementpreis wird daher ab 1969 DM 22,– (Zustellgebühr und Mehrwertsteuer von z. Z. 5,5 % im Preis enthalten) betragen, nur in Deutschland für Ärzte im Vorbereitungsdienst und Studenten gegen Nachweis DM 18,– (Zustellgebühr und Mehrwertsteuer von z. Z. 5,5 % im Preis enthalten). Der Preis des Einzelheftes wird DM 8,– betragen. Abonnenten in außereuropäischen Ländern bitten wir um Angabe, ob sie Luftpostzustellung (Zustellgebühr plus Luftpostzuschlag) oder Schiffspostzustellung (USA, Canada, Afrika – vier Wochen; Asien, Australien, Südamerika – sechs Wochen) wünschen.

Angesichts der oben geschilderten Situation empfehlen wir folgenden Satz unserer Lieferungsbedingungen nochmals Ihrer Beachtung:

„Das Abonnement verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn es nicht vier Wochen vor Ablauf des Bezugsjahres gekündigt wird."

A notice from the editor and the publisher

In the first issue of "Dynamic Psychiatry" we indicated that we were planning to publish the journal more than twice a year. Following the publication of the first number there has been a world-wide response, and numerous articles have been submitted to us for publication. Therefore we have decided to publish the journal three times a year, beginning in 1969: February, June, October.

As a result of the additional issue the subscription rate will be increased as follows, beginning in 1969: £ 2 sh 15 / $ 5,80 / Pesos 1.925,– / dkr 41,60 / FF 27,60 / I. £ 19,30 / nkr. 39,60 / ö. S. 143,– / skr 28,65 / sfr. 23,80 / Ptas 386,– postage including, per individual copy $ 2,05 / sh 18 / Pesos 700,– / dkr 15,10 / FF 10,– / sfr. 8,60 / Ptas 140,– sea-mail postage including. Subscribers from non-European countries are asked to indicate whether they prefer air mail or sea mail delivery (sea mail to USA, Canada, Africa, 4 weeks, to Asia, Australia, South America 6 weeks).

We call the attention of our readers to the following sentence from our terms of subscription:

"The subscription is prolonged for another year if it is not cancelled four weeks before the end of the year."

Resonanz auf das Erscheinen der 1. Nummer der Dynamischen Psychiatrie

Die spürbarste Resonanz auf das Erscheinen unserer psychiatrisch-psychoanalytischen Zeitschrift ist die Erweiterung unseres ständigen Mitarbeiterstabes durch renommierte Fachkräfte aus Deutschland und den meisten europäischen Staaten, sowie der Gewinn von weiteren freien Mitarbeitern aus allen Teilen der Welt, die sich freundlich bereit erklärt haben, mit unserer Zeitschrift zusammenzuarbeiten.

Im folgenden geben wir einen Auszug aus zahllosen Briefen, die uns nach dem Erscheinen der ersten Nummer erreichten. Hierbei haben wir den deutschsprachigen Raum besonders berücksichtigt, weil die Resonanz im angelsächsischen Sprachraum erwartungsgemäß enthusiastisch war.

Wir danken auf das herzlichste allen Mitarbeitern, die sich neu an unsere Seite gestellt haben, und sehen einer in die Zukunft reichenden Zusammenarbeit zum Wohle der Weiterentwicklung der dynamischen Psychiatrie entgegen.

Reaction to the First Number of "Dynamic Psychiatry"

The most rewarding response to the appearance of our new psychiatric journal is the expansion of our permanent staff of co-workers with renowned experts from Germany and the most European states; furthermore we enlisted contributors from all over the world who heartily agreed to support our new journal.

Following are excerpts from numerous letters which reached us after the publication of the first number. The reaction in the Anglo-Saxon countries was enthusiastic; therefore, more consideration will be given to the letters from Germanspeaking areas.

We wish to thank all new co-workers who are joining in our efforts, and look forward to future cooperation for the furthering of dynamic psychiatry.

„. . . Ich darf sagen, daß meine Kollegen und ich die Herausgabe einer derartigen Zeitschrift, die in Deutschland tatsächlich kein Pendant hat, sehr begrüßen. Auch der Inhalt mit den gründlichen Informationen über außerhalb Deutschlands geschehener Forschungsarbeit ist wichtig und interessant . . ."

Prof. Dr. med. W. v. Baeyer
Psychiatrische und Neurologische Klinik
der Universität Heidelberg

„. . . Für Ihre sehr ermutigende Zeitschrift, die meines Erachtens eine in Deutschland bestehende Lücke nicht nur vom Namen her füllt, wünsche ich Ihnen von Herzen vollen Erfolg. Sie wissen, daß in Deutschland der Konservativismus sehr groß ist und die Bereitschaft, sich Neuem zu nähern, keineswegs in dem Ausmaß als Lernbereitschaft ausgeprägt ist, wie etwa in den Vereinigten Staaten . . ."

Prof. Dr. med. Tobias Brocher
Sigmund-Freud-Institut
Frankfurt am Main

"... Thank you for the first copy of 'Dynamische Psychiatrie' which is quite impressive. I appreciate what Günter (Ammon) is trying to do and admire his effort and determination ..."

Herbert Klemmer, M. D.
Director of the
Menninger School of Psychiatry, Topeka, Kansas, U.S.A.

"... I wish you well in the further development of the journal ..."

Otto Allen Will, Jr., M. D.
Medical Director
Austen Riggs Center
Stockbridge, Mass., U.S.A.

"... I will be more than happy to send you from time to time other articles which you might conceivably be interested for publishing ..."

Lawrence S. Kubie, M. D.
Sparks, Maryland, U.S.A.

„... Vom Erscheinen der neuen Zeitschrift ‚Dynamische Psychiatrie' habe ich mit Interesse Kenntnis genommen. Gerne werde ich diese Publikationsmöglichkeit im Sinne behalten ..."

Prof. Dr. med. M. Bleuler
Psychiatrische Universitätsklinik
Zürich-Burghölzli

„... Im übrigen begrüße ich Ihren Versuch. Sollten Sie die Auswertung unserer Baseler Bestrebungen für Ihre Zeitschrift gutheißen, steht es Ihnen frei ..."

Prof. Dr. med. Heinrich Meng
ehem. Dozent für Psychohygiene
an der Universität Basel

„... Ich glaube schon, daß diese Zeitschrift einem Bedürfnis entgegenkommt, und aus den vorliegenden Inhaltsverzeichnissen kann man sehen, daß sehr interessante und wertvolle Beiträge in ihr enthalten sein werden. Ich würde mich freuen, wenn Ihr Unternehmen gedeiht ..."

Priv.-Doz. Dr. med. W. Loch
Universitäts-Nervenklinik
Tübingen

„... Sie haben natürlich recht mit der Annahme, daß ich alle Bemühungen, die dynamische Psychiatrie zu fördern, tatkräftig unterstütze ..."

Prof. Dr. med. H. Thomä
Universität Ulm

„ . . . Zuerst herzlichen Glückwunsch für die Herausgabe der Zeitschrift ‚Dynamische Psychiatrie'. Das Programm ist sehr vielversprechend . . ."

Prof. Dr. med. W. Schwidder
Medizinaldirektor, Niedersächsisches Landeskrankenhaus
Tiefenbrunn-Göttingen

„ . . . Die Kollegen meiner Klinik habe ich auf Ihre Zeitschrift aufmerksam gemacht . . ."

Prof. Dr. med. Mauz
Direktor der Nervenklinik der
Westfälischen Wilhelms-Universität
Münster (Wests.)

„ . . . Ich würde mich freuen, wenn die Zeitschrift allgemein eine gute Aufnahme fände. Sie könnte wohl gerade durch die Beobachtung des Gebiets der Hochschulpsychiatrie wesentlich zu deren Verbreitung und Ausbau beitragen . . ."

Prof. Dr. phil. Dietrich Goldschmidt
Direktor am Institut für Bildungsforschung
in der Max-Planck-Gesellschaft, Berlin

„ . . . Mit großer Freude bin ich gerade dabei, das erste Heft Ihrer neuen Zeitschrift, die ich bereits abonniert habe, zu studieren. Wie Sie vielleicht durch unseren Kollegen, Herrn Bacia, der kürzlich als Medizinalassistent bei mir war, gehört haben, stehe ich genau auf dem Standpunkt, den Sie in Ihrem Artikel über die ‚Dynamische Psychiatrie' programmatisch ausgeführt haben. Ich wünsche Ihrer Zeitschrift und Ihrem Wirken weites Echo und viel Erfolg . . ."

Dr. med. Hartmut Klemm
Medizinalrat, Leiter der Beratungsstelle für Nerven- und Gemütskranke
im Gesundheitsamt Berlin-Charlottenburg

„ . . . glaube ich, daß diese Publikation wirklich eine Lücke bei uns ausfüllt. Sie wird helfen, die hier bestehende alte Spaltung zwischen Psychiatrie und Psychoanalyse zu überwinden . . ."

Dr. med. H. D. Remme
Oberarzt der Neurolog.-Psychiatrischen Abteilung
des Städt. Krankenhauses Berlin-Moabit

„ . . . Vor einigen Tagen flatterte mir Dein zweites Kind, die ‚Dynamische Psychiatrie', auf den Schreibtisch; von Herzen möchte ich Dir zu dieser gelungenen Geburt gratulieren. Die Ziele, die Du in Deiner Zeitschrift proklamierst, erscheinen mir vor allem für Deutschland und die Brückenbildung zwischen

dort und hier von außerordentlicher Bedeutung. Ich hoffe, daß Du die vielen Schwierigkeiten, die sich wahrscheinlich an manchen Seiten regen werden, erfolgreich überwinden wirst . . ."

Klaus Hoppe, M. D.
Director of Research
The Hacker Clinic
Beverly Hills, California, U.S.A.

". . . The first issue of your periodical 'Dynamische Psychiatrie' has just arrived. Congratulations. Your infant looks strong and healthy. I know it comes from good stock . . ."

Peter D. Fleming, M. D.
Director of the C. F. Menninger
Memorial Hospital, Topeka, Kansas, U.S.A.

Wortlose Kommunikation bei der Hysterie

Dr. med. Theodor Dosužkov, Prag

Das Problem der Neurosenwahl gehört zu den wichtigsten psychoanalytischen Problemen. Es war S. Freud, der im Jahre 1913 die Neurosenwahl mit der Ichentwicklung in Zusammenhang brachte [10]. Er zeigte, wie und unter welchen Umständen die Hysterie sich in eine Zwangsneurose verwandeln kann. Er öffnete damit den Zugang zum theoretischen Verständnis der Neurosenwahl. In dieser Arbeit setzte er diese beiden Neurosen in Beziehung zu verschiedenen Phasen der Libidoentwicklung, betonte aber: „Wir wissen, daß die entwicklungsgeschichtliche Disposition für eine Neurose nur dann vollständig ist, wenn sie die Phase der Ichentwicklung, in welcher die Fixierung eintritt, ebenso berücksichtigt wie die der Libidoentwicklung. Unsere Aufstellung hat sich aber nur auf die letztere bezogen, sie enthält also nicht die ganze Kenntnis, die wir fordern dürfen. Die Entwicklungsstadien der Ichtriebe sind uns bis jetzt sehr wenig bekannt; ich weiß nur von einem vielversprechenden Versuch von Ferenczi, sich diesen Fragen zu nähern." Seitdem hat die Psychoanalyse Fortschritte in der Kenntnis der Ichentwicklung gemacht. In seiner bemerkenswerten Arbeit [7] brachte Ferenczi die Neurosenform in Beziehung zu verschiedenen Stufen der Ichentwicklung und gebrauchte die Begriffe der Fixierung und Regression des Ichs. Ferenczis Anschauungen blieben für viele Jahre gültig. 30 Jahre später gab E. Bergler ein neues verbessertes Schema der Ichentwicklung [1]. E. Glover [11] legte ein eigenes Schema vor, in welchem er gewisse Beziehungen der Ichentwicklung zur Libidoentwicklung aufzeigte. Er brachte die Begriffe des Ich-Kerns und der allmählichen Ich-Integration. Es zeigte sich, daß die Neurose eine Regression des Ichs auf das Niveau des primitiven Ichs (des sogenannten „Früh-Ichs" nach E. P. Hoffmann [13]) darstellt.

Wir wollen nun unsere Aufmerksamkeit auf das Problem der Ichentwicklung und Ichregression in der Hysterie richten. Die Hysterie, der Gegenstand der frühen Publikationen Freuds, ist ja am besten bearbeitet.

Ferenczi meinte, daß bei der Hysterie das Ich in der Periode der Allmacht mit Hilfe magischer Gebärden fixiert ist. „Später entwickelt sich daraus eine förmliche Gebärdensprache: durch entsprechende Kombination der Gesten vermag das Kind ganz spezielle Bedürfnisse zu äußern, die denn auch sehr oft befriedigt werden, so daß sich das Kind – wenn es nur die Bedingung der Wunschäußerung mittels entsprechender Gebärden einhält – immer noch allmächtig vorkommen kann: Periode der Allmacht mit Hilfe magischer Gebärden.

Auch diese Periode hat einen Vertreter in der Pathologie; der merkwürdige Sprung aus der Gedankenwelt in die Körperlichkeit, als welche Freud die hysterische Konversion entlarvt hat, wird uns verständlicher, wenn wir sie als eine Regression auf das Stadium der Gebärdenmagie auffassen. Die Psychoanalyse zeigt uns in der Tat, daß die hysterischen Anfälle verdrängte Wünsche der Patienten mit Hilfe von Gebärden als erfüllt darstellen."

Diese Periode stellt in Ferenczis System ein Übergangsstadium zwischen der Periode der magisch-halluzinatorischen Allmacht und der Periode der magischen Gedanken und Worte dar. (Bergler teilt die Entwicklungsstadien anders ein. Die Periode der magisch-halluzinatorischen Allmacht ist bei ihm nur ein

Teil der autarchischen Fiktion, während Exkrementen- und Penisallmacht der Periode der magischen Gebärden bei Ferenczi entsprechen. Ferenczis Periode der magischen Gedanken und der magischen Worte hat Bergler in zwei selbständige Phasen geteilt.) Ferenczis Schema muß korrigiert werden, nicht etwa, weil die Beobachtungen und Ansichten unrichtig waren, doch müssen in sein Schema mehrere später festgestellte Fakten eingefügt werden. Sein Schema erklärt nicht die ganze Hysterie, es ist nur für die Konversion gültig, indem es die Parallele zwischen Gebärde und motorischen Äußerungen der Konversion zieht. Die Angsthysterie bleibt hier unerklärt. Dasselbe gilt für Berglers Schema. Hier sind weitere Beobachtungen und eine genauere Ausführung notwendig. Es trifft zu, daß der Säugling und das Krabbelkind ein bedeutendes Interesse an Kot und Harn zeigen. Der Termin der Allmacht der Exkremente ist richtig datiert, aber das erklärt nicht das hysterische Denken und die hysterische Symptomatologie. Die Konzeption der Ichfixierung und Ichregression soll alle Äußerungen und Verhaltensweisen erklären. Auch Bergler hat seine Konzeption nicht zu diesem Zweck angewendet.

Es sind zunächst einige Grundbegriffe zu erörtern. Der erste ist Glovers Vorstellung von den Ich-Kernen. Der Ich-Kern ist ein Modell oder Prototyp des primitiven autonomen Systems, das die positiven libidinösen Beziehungen zum Objekt oder zum Teil eines Objekts reguliert. Der Ich-Kern ist fähig, reaktive Spannung auszulösen, zu entladen und Angst zu reduzieren. Das komplette Ich entsteht aus der synthetischen Integration dieser Kerne. Es werden Fälle beobachtet, bei denen die Regression zur Zersplitterung des Ichs in diese ursprüngliche Kerne führt. Glover führt aus: "Applying this system to the conception of a series of primacies, it seems reasonable to conclude that the primitive ego, from at any rate the age of one year onwards, is polynuclear, in the sense of a series of comparatively independent organizations; also the more primitive the ego formation, the more primitive the part objects with which it is concerned." J. O. Wisdom [23] benutzt die Vorstellung von den Ich-Kernen und M. Kleins Begriff der Teilobjekte zur methodologischen Annäherung an das Problem der Hysterie. Die tiefe Regression des Ichs führt zurück zum archaischen Ich. Aus dieser Regression müssen die hysterische Konversion und die hysterischen Phobien zu erklären sein. Genügt dazu Ferenczis Schema?

Wir kommen noch einmal auf Ferenczis Vorstellung von der Allmacht der Gebärden in der Konversion zurück. Ihr kommt wirklich eine Hauptrolle zu. Die Konversion äußert sich aber nicht nur in den Gebärden, sondern auch durch die Mimik und die vasomotorische Tätigkeit. Man gebraucht die Mimik vom Augenblick der Geburt an. Sie ist beim Neugeborenen sehr primitiv (Schreien) und entwickelt sich nach und nach beim Säugling (Weinen, Lächeln usw.). Das Krabbelkind zeigt schon die fortgeschrittene Mimik (Gestikulation, Mimik und vasomotorisches Spiel). Diese Art der Mimik tritt nach Ferenczi in der Periode der „Allmacht mit Hilfe magischer Gebärden" auf. Es scheint mir, daß man diese Periode genauer als die pantomimische Periode der Ichentwicklung und des Allmachtsgefühls bezeichnen könnte. Der anachronistische Charakter des Konversionssymptoms kommt speziell in der Pantomime zum Ausdruck. Das Früh-Ich bedient sich der körperlichen Funktionen mehr als das erwachsene Ich. Das Individuum, welches Emotionen zum Ausdruck bringt, verwendet frei und

unfrei die Muskulatur, die Vasomotoren und die Sekretion. Dies tun der Schauspieler, der Mensch im Affekt, in Spannung und Gefahr, das Kind und Konversionskranke. Erwachsene und ältere Kinder bringen in der Pantomime eine vorübergehende Emotion zum Ausdruck, während das Konversionssymptom die Äußerung eines dauernden unbewußten Affekts (in Symbolform) einer Person darstellt, welche regrediert und in der Phase der pantomimischen Allmacht fixiert ist*. Wie kann man die phobischen Phänomene bei der Angsthysterie mit Ferenczis Schema erklären? Ferenczi selbst bemüht sich nicht darum. Glover sagt: "The main point of interest is the position of the phobia. Conversion hysterics are quite clearly autoplastic in type, but some phobias equally depend on a degree of projection, and in one sense caricature the anxiety character type in which there is excessive reaction to all reality sources of danger. Phobias are, of course, more localised constructions." Bei der hysterischen Phobie wird die Angst von Innen nach Außen verschoben, von unzulässigen inneren Trieben auf die Vorstellung der äußeren Gefahr; es ist die Äußerung einer Projektion (S. Freud) [9]. Verzeichnen wir noch, daß nach M. Klein die frühkindlichen Phobien aus dem paranoiden Denken heraus entstehen. Ferenczi teilt die Ichentwicklung in zwei Perioden ein: die Frühperiode – introjektive – und die Spätperiode – projektive. Die Konversionshysterie und die Zwangsneurose verlegt er in die frühe, die Paranoia in die späte Periode. Wenn wir dieses Schema auf die gesamte Hysterie anwenden, müssen wir zwei Arten der Fixierung und Regression unterscheiden. Der Angsthysteriker projiziert seine unbewußten Befürchtungen nach außen, hingegen bleibt der Konversionshysteriker bei der ursprünglichen Introjizierung. Die Konversionshysterie wäre in der früheren Allmachtsperiode fixiert, die Angsthysterie in der späteren Periode. Ferenczi hat diese Tatsachen nicht mit dem Problem der Hysterie in Zusammenhang gebracht. Es ist festzuhalten, daß die Mechanismen der Introjizierung und Projizierung vom Kind abwechselnd benutzt werden, der erste Mechanismus überwiegt in der früheren, der zweite in der späteren Periode (Ferenczi). (Nach M. Klein [18] ist die Reihenfolge der Perioden umgekehrt.) Diese beiden Mechanismen wechseln im Laufe der Säuglingszeit – und auch im späteren Leben – miteinander ab. Ferenczi [6] studierte vorwiegend den Mechanismus der Introjizierung. M. Klein [16] beobachtete den Mechanismus der frühen Perzeption, der Objektfindung und der ursprünglichen Identifizierung mit Hilfe der Introjizierung und der Projizierung in der frühen Säuglingszeit. Sie unterschied zwei Phasen des Denkens: das paranoide projektive und das thymogene introjektive. Einige Vorstellungen M. Kleins [18] können auch auf die Hysterie angewendet werden, so die von der Symbolisation: "The child's destructive impulses towards its objects as represented by bodily organs arouse its fear of those organs and objects. Such a fear, together with its libidinal interests, leaves it to equate those organs with other things, which thus become objects of anxiety so that it is continually moving away from them, and making fresh equations, and in this way it forms a system of symbolisation."

---

* Der Leser kann sich mit der Problematik der Ichentwicklung im einzelnen in meiner Arbeit „Die Rolle des Allmachtsgefühls und der Magie in der Ichentwicklung" (Psyche) bekanntmachen.

Die Hysterie ist in der Phase der pantomimischen Allmacht des Ichs fixiert, hingegen hängt die Wahl der Konversion oder der Phobie von dem Gebrauch der Introjizierung oder Projizierung ab.

Bei der Phobie müssen wir die phobische Idee und den phobischen Affekt unterscheiden. Für den phobischen Affekt gilt alles, was ich von der Pantomime gesagt habe. Das Benehmen des phobischen Hysterikers in der Angst ist eine Pantomime; das Verhalten in der Situation des Zusammenbrechens der phobischen Abwehr, in der Panik, ist die maximale Äußerung der Pantomime.

Wie verhält es sich mit dem pantomimischen Element bei der Konversionshysterie? S. Freud [8] hebt bei der Konversion drei Punkte hervor: 1. Die Vergrößerung der Kraft der Affekte, 2. Die Halluzinationserlebnisse, 3. Die Rückkehr zur Urdeutung und zur Urkraft des Wortes. Wie paßt die Vorstellung von der Pantomime zur Konzeption Freuds? Die Affekte äußern sich in der Pantomime. Auch die Halluzinationserlebnisse können von der Pantomime begleitet werden. Beim dritten Punkt (Bedeutung des Wortes) verhält es sich komplizierter. F. Deutsch [3 u. 4] hat eine Parallele zwischen der Konversion und Freuds Konzeption von den visuellen Traumbildern gezeigt. Der (reale oder nur drohende) Objektverlust führt zur Retrojektion und zur Wiedervereinigung des verlorenen Objekts mit dem eigenen Körper im Wege der Symbolisation. Dieser Mechanismus ist abhängig von der Fähigkeit des Ichs, mit Sinneswahrnehmungen zu operieren, und von seinem früheren Bewußtsein der spezifischen Objekte (der Mutter und des Vaters). H. Segal [22] betont, daß die erste Projizierung und Identifizierung der Anfang der Symbolisation ist. I. Schiffer bringt das Konversionssymptom mit der Körpersymbolisation in Zusammenhang. Er zeigt, daß das aktuelle Symptom von der Verbindung der unbewußten Impulse mit vorbewußten Wünschen abhängt. Daraus gehen die „Triebeinkapselung" und das körperliche Symptom hervor. Das Konversionssymptom ist mit Hilfe der Vorstellung der unbewußten Körpersymbolisation leicht zu fassen.

Alles, was wir bisher angeführt haben, spricht für die Körpersymbolisation in der Konversion. Wo ist hier die Beziehung zur Pantomime? Pantomime ist wortloser Ausdruck. Wie hängt die stumme Äußerung mit der Urdeutung des Wortes zusammen? Ferenczi meinte zwar, daß die Periode der Gebärdenallmacht der Periode der Wortallmacht vorausgeht. Doch liegt hier eher beides gleichzeitig. Obgleich der Säugling und das Krabbelkind noch nicht sprechen, verstehen sie doch das Gesprochene. Der kleine Zuhörer versteht die Urkraft und Urdeutung des Wortes, er antwortet mit Hilfe der Pantomime. Deshalb schlage ich vor, diese wichtige Periode der Ichentwicklung die Periode der magischen Allmacht der Pantomime zu nennen.

Zur Entstehung der Konversion ist die Regression auf diese frühe Periode der Ichentwicklung notwendig, auf eine Periode, in der das Urwort auf der Grundlage der Körpervorstellung entsteht.

Diese theoretischen Betrachtungen haben praktische Bedeutung. Das Konversionssymptom ist Ausdruck einer wortlosen Kommunikation. Der Konversionshysteriker kann in der Analyse einige seiner Erlebnisse auf diese Art, mit Hilfe der Pantomime, zum Ausdruck bringen. Vor einigen Jahren habe ich über die Konversionshysterie eines jungen Mannes berichtet, der während der ana-

lytischen Sitzungen wiederholt einschlief [5]. In einer Sitzung erwachte er plötzlich, sprang von der Couch auf und lief rasch zum W. C., um zu urinieren. Darauf fing er an, von seinen kindlichen Träumen zu erzählen, bei denen er sich benäßt hatte. Er erinnerte sich an sein Bettnässen in der Kindheit und assoziierte eine Deckerinnerung (von welcher er schon früher gesprochen hatte). Die Deckerinnerung bezog sich darauf, daß man ihn als kleines „sehr krankes" Kind in einem Rückenkorb zum Arzt getragen hatte; nach Hause kehrte er ganz gesund zurück. In Wirklichkeit hatten ihn seine Eltern ohne Rückenkorb wegen seines nächtlichen Bettnässens zum Arzt gebracht. Er hatte große Angst gehabt, daß ihm der Arzt seinen Penis abschneiden werde. Sein Konversionssymptom waren Schwierigkeiten beim Schlucken. Die Analyse hatte die typische orale Fixierung und die Fellatiophantasie aufgedeckt, die Beziehung zwischen Oralität und Urethralität wurde aber erst klar, nachdem er diese Pantomime gezeigt hatte. Jetzt konnte man die Verlegung nach oben und die Verschiebung leicht feststellen. (Ich möchte mich nicht länger mit den theoretischen Problemen beschäftigen, welche ich in meiner oben erwähnten Arbeit darlegte.) Der Patient mußte seine Erlebnisse mit Hilfe der Pantomime zum Ausdruck bringen, ein anderer Weg war für ihn nicht gangbar.

Wie steht es mit der wortlosen Kommunikation bei der Angsthysterie? Ich will hier eine kurze Krankengeschichte einer jungen Frau schildern.

Das Grundsymptom war hier eine Agoraphobie mit Fallneigung. Die Libido- und Ichentwicklung hatte eine lange Vorgeschichte. Es konnten ein positiver Ödipuskomplex und Penisneid mit sekundärer Angst festgestellt werden. Die breite offene Straße wurde unbewußt als Gelegenheit zu gefährlichen sexuellen Abenteuern erlebt. Die Angst vor dem Fallen war Ausdruck eines weiblichen masochistischen Wunsches und des Penisneids. Der Penisneid hatte seinen Ursprung in ihrer Beziehung zur phallischen Mutter, die Phobie hatte ihre Wurzel in ihren Beziehungen zu Männern. Beide Ängste äußerten sich in ihrer Einstellung zum Analytiker. Die Symptome verschwanden nach einer Stunde, welche sich als Wendepunkt der ganzen Analyse erwies. Die Patientin hatte die Vorstellung zugelassen, daß sie ihrem Ehemann mit dem Analytiker untreu werden könnte. Nachdem sie es ausgesprochen hatte, fing sie an, vor Angst zu schreien, sprang auf und lief weg. In der nächsten Stunde brachte sie eine Erinnerung, welche den Ursprung ihrer Phobie verständlich machte. Im Alter von 6 Jahren hatte sie (und andere Mädchen) ein Exhibitionist in einem öffentlichen Garten verfolgt. Die erschrockenen Mädchen flüchteten schreiend vor dem Exhibitionisten. Diese Erinnerung kam nach dem Schreien und Weglaufen aus der Analysenstunde zum Vorschein. Früher hatte sie die traumatische Situation pantomimisch agiert, jetzt konnte sie sich daran erinnern und sie mit Worten zum Ausdruck bringen. In der Analyse kam ihr großes Interesse am Penis des Vaters auf dem Gipfel des Ödipuskomplexes zum Ausdruck. Der Vater hatte die Gewohnheit, in Gegenwart seiner kleinen Tochter zu urinieren. Bei der Deutung dieser beiden voyeuristischen Erlebnisse machte die Patientin die kuriose Bemerkung: Vaters Penis war „gut", der Penis des Exhibitionisten war „böse". (Man kann hier M. Kleins Konzeption von der guten und schlechten Mutterbrust, welche hier vom Penis vertreten wird, anwenden.)

Es ist klar, daß die Pantomime bei dieser Angsthysterie die gleiche Rolle spielte wie im schon erwähnten Fall der Konversionshysterie. Die Ichregression und Ichfixierung auf der Stufe der magischen pantomimischen Allmacht bestimmt den Weg für die Aufhebung der Verdrängung und auch für das Abreagieren in der Pantomime. Der Unterschied zwischen der Konversions- und der Angsthysterie liegt in der verschieden starken Beteiligung der Introjektions- und der Projektionsprozesse.

In beiden Fällen war die wortlose Kommunikation sehr typisch. Auf den ersten Blick könnte man dieses Verhalten als Agieren verstehen. Das Problem des Agierens ist kompliziert, viele Analytiker dehnen diesen Begriff auf das gesamte Verhalten in der Analyse aus (siehe die Diskussion des XXV. I. P. Kongresses 1967). Trotzdem kann man das hier beschriebene Verhalten von Agieren unterscheiden. O. Fenichel zeigte, daß beim Agieren eine Verschiebung aus verdrängten Erlebnissen zu motorischen Derivaten erfolgt, das Agieren ist jedoch im Gegensatz zu Symptomen mit dem Ich syntonisch. Das agierende Individuum reproduziert seine Erlebnisse, ohne sich ihrer zu erinnern. Beide Patienten erinnerten sich nach ihrer averbalen Mitteilung in der Analyse an ihre verdrängten Erlebnisse. Das spricht dafür, daß es sich um kein Agieren handelte.

Die Hysterie ist nicht die einzige Psychoneurose, bei der wir der wortlosen Kommunikation begegnen. In der Psychoanalyse begegnen wir öfter dem Schweigen und zwar nicht nur als einem Ausdruck des Widerstandes, sondern auch anderer unbewußter und bewußter seelischer Tätigkeit. In seinen Krankengeschichten stellte Freud das Schweigen stets als Ausdruck des Widerstandes, aber auch der unbewußten Kindheitserlebnisse dar. W. Kemper war der erste, der sich mit der Problematik des Schweigens außerhalb des Widerstandes beschäftigte [15]. Neben dem bewußten Schweigen hob er das unbewußte hervor, das er als Ausdruck der Angst vor Kontakt überhaupt und mit dem Analytiker speziell verstand. S. Nacht [20] widmete diesem Problem eine besondere Studie und wies mit Recht darauf hin, daß im Falle des Schweigens des Analysanden der Analytiker sich folgende Fragen stellen muß: Wie schweigt der Patient, warum schweigt er und warum gerade jetzt? E. Glover bestätigte Freuds Auffassung des Schweigens als eines Widerstandsphänomens und betonte die passive masochistische Einstellung des schweigenden Patienten. R. Greenson [12] machte auf das aufmerksam, was ich jetzt bei der Hysterie betone: Was man nicht mit Worten ausdrücken kann, bringt man mit Gesten, mit Posen und in der Mimik zum Ausdruck. R. Loewenstein, D. Zeligs und J. Arlow [19] sehen im Schweigen des Patienten die Angst vor der Äußerung der Übertragungsbeziehungen. Nacht sieht im Schweigen den Ausdruck einer Einheit („Unie"), in der Subjekt und Objekt vereinigt sind. H. Kelman spricht von einer „Fusion", die wir beim Koitus erleben, und sieht im Schweigen eine „Communion" [14]. Man kann den Wunsch nach dem Vereintsein nicht in Worten ausdrücken, weil dieser Wunsch unbewußt ist und in einer seelischen Periode wurzelt, in der die Sprache noch nicht zur Verfügung stand. Das fundamentale Erleben des Vereintseins kommt überhaupt im Schweigen und im Gefühl der Sicherheit zum Ausdruck. Das Subjekt sucht nichts, will nichts, sondern erlebt seine Existenz intensiv. Es ist die Rückkehr zur Einheit des Kindes mit der Mutter (Nacht). 1967 ver-

öffentlichte T. Brocher eine gründliche Arbeit über averbale Kommunikation [2]. Er demonstrierte drei Fälle von Schweigen in der Analyse, bei einer Hysterie, einer ängstlich-depressiven Hypochondrie und einer Depression. Er sieht im Schweigen den Ausdruck einer traumatischen Situation, welche der Patient in der frühen Kindheit erlebte, als er noch nicht sprechen konnte. Der Analysand wiederholt in der Analyse das traumatische Ereignis, welches unterhalb der Sprachgrenze liegt.

Wir sehen, daß das Schweigen in der Psychoanalyse ein kompliziertes und interessantes Problem ist. Bei der Hysterie ist das Schweigen mit der Pantomime verknüpft und hat eine spezifische Bedeutung.

In meiner Arbeit habe ich nichts grundsätzlich Neues gebracht. Es werden mehrere bekannte Tatsachen und Vorstellungen dargelegt als Hinweis darauf, daß die Pantomime in beiden Formen der Hysterie eine wichtige Rolle spielt. Die Pantomime hat eine theoretische Bedeutung im Rahmen der Ichentwicklung, sie hat eine praktische Bedeutung beim Freilegen des verdrängten Materials und beim Abreagieren in der Hysterie. Die wortlose Kommunikation ist spezifisch für Säuglinge und sehr kleine Kinder. Auch die endogenen Psychosen, die ihre Wurzel in dieser Periode der Ichentwicklung haben, äußern sich mit vielen averbalen Symptomen (siehe Brocher). Der Analytiker hat die Möglichkeit, mit Hilfe der Einfühlung (Empathie) vieles zu verstehen. Dies überschreitet jedoch die Grenzen dieser Arbeit.

Literatur

[1] Bergler, E. (1943): "Some Thirty Years after Ferenczi's 'Stages in the Development of the Sense of Reality'." *Int. J. Psycho-Anal.*

[2] Brocher, T. (1967): „Über averbale Kommunikation." *Psyche.*

[3] Deutsch, F. (1959): "Creative Passion of the Artist and Synaesthetic Aspects." *Int. J. Psycho-Anal.*

[4] — (1959): *On the Mysterious Leap from Mind to the Body.* (New York: Int. Univ. Press.)

[5] Dosužkov, Th. (1952): "Sleep during Psychoanalytic Treatment: Case of Conversion Hysteria." *Psychoanal. Review.*

[6] Ferenczi, S. (1909): *Introjektion und Übertragung.* (Bausteine zur Psychoanalyse. B. I. 1927.)

[7] — (1913): *Entwicklungsstufen des Wirklichkeitssinnes.* (Bausteine zur Psychoanalyse. B. I. 1927.)

[8] Freud, S. (1895): *Studien über Hysterie.* (Gesammelte Schriften, 1925.)

[9] — (1905): *Bruchstück einer Hysterie-Analyse.* (Gesammelte Schriften, 1924.)

[10] — (1913): *Die Disposition zur Zwangsneurose. Ein Beitrag zum Problem der Neurosenwahl.* (Gesammelte Schriften, 1924.)

[11] Glover, E. (1932): *A Psycho-Analytic Approach to the Classification of Mental Disorders.* (On the Early Development of Mind. Vol. I, 1956.)

[12] Greenson, R. (1961): "On the Silence and Sounds of the Analytic Hour." *Amer. J. of Psychoanal.*

[13] Hoffmann, E. P. (1935): „Projektion in Ich-Entwicklung." *Intern. Zeitschr. f. Psychoanalyse.*

[14] Kelman, H. (1958): "Communing and Relating." *Amer. J. of Psychoanal.*

[15] Kemper, W. (1947/48): „Der Patient schweigt." *Psyche.*

[16] Klein, M. (1932): *Die Psychoanalyse des Kindes.* (Intern. Psychoanal. Verl.)

[17] — (1945): "The Oedipus Complex in the Light of Early Anxieties." *Int. J. Psycho-Anal.*
[18] — (1952): "Notes on Some Schizoid Mechanisms." *Development in Psychoanalysis.*
[19] Löwenstein, R., Zeligs, D. & Arlow, J. (1961): "Contributions on the Silent Patient." *Amer. J. of Psychoanal.*
[20] Nacht, S. (1963): «La valeur de la relation non verbale dans le traitement psychoanalytique.» *Revue Franç. de Psychoanalyse.*
[21] Schiffer, I. (1962): "The Psycho-Analytic Study of the Development of a Conversion Symptom." *Int. J. Psycho-Anal.*
[22] Segal, H. (1957): "Notes on Symbol Formation." *Int. J. Psycho-Anal.*
[23] Widsom, J. O. (1961): "A Methodical Approach to the Problem of Hysteria." *Int. J. Psycho-Anal.*

Wordless Communication in Hysteria

Theodor Dosužkov

The author discusses the role of the ego and of ego development in hysteria. He gives a history of the conceptions of ego regression and of ego fixation in hysteria (Freud, Ferenczi, Bergler, Glover, M. Klein). He notes that the hysteric ego has its fixation point at the stage of magic pantomimic omnipotence. This applies to both forms of hysteria, conversion hysteria and anxiety hysteria. The author demonstrates the effects of this fixation on the symptomatology of both forms of hysteria. Two short case reports are given in order to exemplify how the wordless (nonverbal) communication which the regressed ego is using operates in the course of psychoanalysis. Pantomime is of great importance for the relaxation of repression and for abreaction in hysterics. The relations of pantomime to acting-out and to silence in psychoanalysis are discussed.

Psychodynamic Psychiatry: Perspectives USA 1968

Robert H. Barnes*

The main purpose of this communication is to outline present trends in American Psychiatry and project probable lines of future development. This summary will be simplified by the assumption that American Psychiatry is, almost by definition a "dynamic" psychiatry. Relatively few American psychiatrists in the mainstream of modern psychiatric thought would see themselves as other than "dynamic" psychiatrists. This is probably inevitable in a young, aggressive society, which puts tremendous investment in youth, growth, change, a society whose very fabric is built around concepts of energy. Americans see their culture as "dynamic" and American Psychiatry could hardly be other than a "dynamic" psychiatry.

Another hallmark of American Culture is integration. Historically the United States has been the great "melting pot," both of peoples and ideas. This integration has not always been easy for the minority groups involved, but by the standards of more stable or static cultures, the process has been fantastically smooth, rapid and complete. Less than 100 years has seen an almost complete integration of vast European minority groups into the broader American Culture. The integration of orientals, while not so complete, has been dramatic and markedly accentuated in the 20 years since the end of World War II. European observers often fail to appreciate the rapidity of integration of our Negro minority, not recognizing that the United States is attempting in a few short decades the amalgamation of a very large, generally extremely primitive, rural peasant group into a rapidly urbanizing society.

Analogous to this integration of peoples there exists an equally strong drive to integrate ideas, concepts and theories. It is also a few short years beyond a half century since G. Stanley Hall and James Jackson Putman brought Freud and Jung to deliver their famous lectures at Clark University. In the next decade, the period between the World Wars, psychoanalytic approaches to human affairs became widely popularized and a sign of advanced thought among the intellectuals in America. Its interpenetration into the ivy halls of learning came somewhat more slowly, but the efforts of academic modernists, such as Granville Hicks, Harry Elmer Barnes, Karl and Will Menninger laid the groundwork in the 20's and 30's for the dominant position that psychoanalysis and psychodynamic psychiatry has occupied on the American scene in the 50's and 60's. This interpenetration has been so complete and pervasive that any casual observer of the American scene will find its themes recurrent in our better plays, movies and novels.

Without attempting a thumbnail history of American Psychiatry, it is suffice to say that prior to World War I practitioners in the United States were concerned with the administration of institutions for the insane, issues of a legal nature in regard to commitments, wills, trusts, and criminal acts. There was little instruction in psychiatry in medical schools and what academic psychiatry existed

* Professor and Chairman, Department of Psychiatry, University of Missouri School of Medicine at Kansas City General Hospital and Medical Center and Executive Director, Greater Kansas City Mental Health Foundation

was in close relationship to clinical neurology and neuropathology. In the period between the Wars the influence of Adolph Meyer and his brilliant associates and students at John Hopkins Hospital and the Phipps Clinic began a fertile kindling of a broader interest in the mentally ill and more particularly in issues relating to etiology and process. Meyer was a dynamic psychiatrist in the broadest sense of the word and believed in the multiple causation of mental infirmities. Despite his early background in neuropathology and continuing emphasis on the organic and physiological substrate of the individual, he placed firm emphasis on the developing individual and his inter-relationships with his immediate family and the broader society. One can today find little quarrel with Meyerian Psychiatry, but its very breadth was also its major weakness, and doomed it never to become a theoretical system with the same appeal as Freudian or Jungian or Adlerian Psychoanalysis, for example. On the other hand Meyer's emphasis on the dynamic aspects of human development, and the relationship between behavior and interpersonal experiences prepared the ground admirably for the broad acceptance of psychoanalytic concepts by American Psychiatry, including the more conservative forces of academic psychiatry.

Psychoanalytic Psychiatry, and the dynamic psychiatry derived therefrom, were little accepted in academic circles between the two World Wars in America. A number of independent psychoanalytic institutes were founded and a relatively small number of analysts trained. World War II affected a revolution in American Psychiatry through the disclosure of the wide distribution of emotional disturbances in the population and the therapeutic possibilities deriving from an optimistic approach to human problems. After World War II psychoanalytically oriented dynamic psychiatry became more and more integrated into residency programs and in time into the academic training of medical students. A small group of energetic, resourceful and influential psychiatrists established the Group for the Advancement of Psychiatry (GAP) at the end of World War II and have continued active and effective efforts to promulgate the interpenetration of psychoanalytic viewpoints into all aspects of American Psychiatry and many broader areas of American life. Their efforts and the efforts of others to these ends have been markedly effective. There are few if any medical schools or psychiatric training programs that do not present themselves as teaching psychiatry with a strong psychoanalytic flavor. The psychoanalytic institutes have increased in number and influence and formal psychoanalytic training has been integrated with basic psychiatric training in several residency centers.

Psychoanalytically oriented psychodynamic psychiatry has thus become the predominant theoretical system in the majority of training and educational programs in psychiatry. Its influence in the area of the private practice of psychiatry has also been great, particularly in the larger urban centers. Here a large percentage of psychiatric clinicians practice predominantly psychoanalytically oriented, intensive psychotherapy. In smaller cities and in public institutions, however, a more eclectic type of practice is seen with much reliance on psychoactive drugs, other somatic therapies, environmental and social manipulations, brief supportive therapy, group psychotherapy, etc. Despite this, however, the

majority of even these more eclectic practitioners maintain a psychoanalytically oriented theoretical stance toward clinical problems.

It would appear, then, that the psychoanalytically oriented approach now completely dominates American Psychiatry. However, such a conclusion is unwarranted and inaccurate as we view the rapidly changing American scene. Not only are Americans great integrators, but they are also strongly empirically minded. During this period when psychodynamic psychiatry was moving into a predominant position the number of mentally ill in, and being admitted to, our large public facilities continued to increase. At this same time there has also been an increasing tendency in America to blame crime, delinquency, poverty, and many other major social problems on individual psychological factors and to look to psychiatry for solutions. In the years since World War II America has become more and more cognizant of the fact that it is a mass society and must develop solutions to its social problems applicable on a mass basis. Analytically oriented dynamic psychiatry has had relatively little to offer in the form of mass solutions, even though it may offer cogent explanations as to the cause of human difficulties. In fact many critics in the social welfare field have seen American Psychiatry as developing services for the well-to-do suburbanite while neglecting the large, unwashed masses in the large cities or the rural slums.

At a time when American psychiatry was beginning to be assailed for its failure to produce effective therapeutic programs on a mass basis, it also found itself being pursued by critics with a public health, prevention-oriented stance. Following World War II vast public funds were placed at the disposal of the psychiatric leadership in this country for educational and research purposes. This has been largely distributed through United States Public Health Service, which inevitably began to raise the natural questions public health officers raise about public health expenditures – do they lead to the prevention of future illness? Money expended for immunization programs, water and air pollution abatement programs, etc. have demonstrable effect on disease prevalence and incidence rates. Unfortunately no effective methodology has been developed to answer whether these large expenditures of public funds have indeed changed the mental illness picture. Information from admission rates to public psychiatric facilities and through case registers have indicated a rapidly increasing incidence of persons coming into psychiatric treatment. Fortunately for the future of dynamic psychiatry the psychiatric group in the United States Public Health Service (The National Institute of Mental Health) was and has continued to be generally psychodynamically oriented and has pushed toward solutions that preserve the more useful and effective aspects of psychoanalytically oriented dynamic theory and practice.

Current trends

The 1960's are presenting American Psychiatry, and thus the American brand of dynamic psychiatry, with its greatest challenge. Can the insights gained from psychoanalytic studies of the individual or small groups be applied effectively to the provision of both mass clinical services for the mentally ill, including the chronic psychotic, and guidelines for prevention programs that will decrease the prevalence of emotional disturbances in the population and the incidence of

admission to treatment facilities? This is the challenge that American Psychiatry faces today. This was the challenge that was voiced by the Joint Commission on Mental Health and Illness in 1961, ". . . the solution of the problem of mental illness in America is far more important than the preservation of any tradition, institution, procedure, alignment of professional responsibility, or set of theoretical assumptions . . . the Commission should be ready to recommend radical reconstruction of the present system, if such is indicated . . ."

The extensive recommendations of the Joint Commission were relayed to the U. S. Congress in a famous address by President John F. Kennedy in February of 1963. Kennedy underlined the basic public responsibility of psychiatry to provide drastically improved services on a mass scale as well as to initiate broad prevention programs. The message was implemented by legislation, the first of which was passed by Congress in 1964 and was entitled, "The Community Mental Health Centers and Mental Retardation Construction Act." This legislation and subsequent acts have set as national policy the establishment of *comprehensive community mental health centers*, each to serve a population area of not less than 75,000 people and ideally not more than 200,000. The clinical services would treat all degrees of emotional disturbances, from mild neurosis to severe, chronic schizophrenic disorders, in the citizen's own community and in open institutions, without significant recourse to large state custodial facilities.

This broad, public health oriented approach places a massive responsibility on the shoulders of American Psychiatry. How can the more formal psychoanalytic approach or even a psychodynamically oriented, intensive psychotherapeutic approach be applied on a mass basis? How can it be applied to persons often without the educational and verbal skills to utilize such properly assistance? What does the dynamically oriented practitioner have to offer in the treatment of large numbers of the severely disturbed in an open community hospital? This is a tremendously threatening challenge and one generally unmet by most American clinicians. Yet it is a challenge that must be met if American Psychiatry is to continue to be responsible for the treatment of the mentally ill. Public policy has determined who is going to be treated and generally where they are to be treated.

To the academic psychiatrist this challenge is equally great. The American academician has been largely involved in training medical students and resident physicians in deeper understanding of individuals and in techniques applicable to verbal (and generally middle class) neurotic individuals. There has generally been a lesser amount of experience in the use of somatic therapy and drugs for the treatment of small numbers of psychotic individuals, with almost no experience in the social management of large groups of the mentally ill. In the research area the focus has been on basic etiological issues, whether this research be psychodynamically or physiologically oriented. Neither his teaching nor his research activity has given most academic psychiatrists much to offer in meeting the challenges of the Community Mental Health Centers Act and its demand for mass psychiatric treatment and prevention programs. He has not and is not today turning out practitioners with significant experience in dealing with these

problems in the mass, and the research that he is conducting is in areas largely unrelated to this concern or related to it only indirectly.

In summary, analytically oriented dynamic psychiatry in the United States is in a period of genuine crisis today. Its two anchor groups, the practitioners on the one hand and the academicians on the other are having a great deal of difficulty coming to grips with the demands of our mass society for services. Many believe American Psychiatry has been oversold and has promised solutions to problems that it now cannot deliver. On the other hand there are many American psychiatrists who believe the field will indeed develop effective solutions in this crisis.

Future directions

How the challenge may be met

The current specific challenge to dynamic psychiatry in the United States is the implementation of the comprehensive community mental health center concept. This is the specific instance of a much more general challenge – what is the nature and extent of dynamic psychiatry's contribution to living in the latter half of the 20th century? The United States is fortunate that this challenge has been clearly spelled out by legislative action.

Viewing the present situation, at least two alternative courses are possible. The first would be for dynamic psychiatry to abdicate the position of major responsibility for the community mental health center development, continuing to place its effort on basic research and the training of practitioners for individual therapy of patients. This would result in the turning over of broad community mental health efforts to social welfare professionals, particularly the group in America known as social workers. This might not constitute a disastrous outcome as far as the public is concerned. Social workers are less expensive to educate, perform effectively in administrative roles and have traditionally had a great deal of experience with public health efforts and with the care of the mentally ill. Basically this would emphasize mental illness as being a social problem, an attitude well bolstered by theoretical arguments of Szasz, who has written extensively on the "myth of mental illness."

From the standpoint of the future of American Psychiatry, it is hoped that another road will be taken, a course not without major change and not without dangers and pitfalls. This course would require a conceptual broadening of the role of medicine in modern life and particularly the role of psychiatry as a medical specialty. Needed would be a very extensive integration of new ideas and new professional groups within the psychiatric framework. In many ways it must mean a broadening of the theoretical structure which undergirds psychiatry, a broadening so extensive that present concepts of intra-personality dynamics upon which much of American Psychiatry is based will need drastic revision and extension. Such a course will certainly be in the best traditions of American culture with its strong integration forces and its movement toward an empirical base for operational efforts. However, it will mean that the dynamic psychiatry in America 10 years from now will bear very little resemblance to the current species.

What is likely to be added to the current potpouri that constitutes dynamic psychiatry in America today? Certainly the field in the U. S. has always drawn heavily from the physiological-structural area. Neurophysiological and neurochemical contributions will continue to be integrated, both in the theoretical frame and in operational programs, particularly through the efforts of the psychopharmocologists. The learning theorists are very active in American Recently Wolpe has espoused psychotherapeutic efforts based on conditioning principles for the treatment of psychoneurotics. Skinner and his students have utilized operant conditioning approaches, apparently with some success with chronically psychotic individuals and with children demonstrating learning problems and also retardation.

Sociologists and social psychologists have begun to add usefully to our theoretical frame of reference. Erikson has developed a fruitful new approach to human growth and development, while Spiegel has operationalized the Talcott Parsons concepts of "role" in the understanding of behavioral disturbances, particularly in families. The communication theorists have approached psychopathology from the standpoint of disturbed communication, which has reached its ultimate in intellectual elaboration in Norbert Wiener's "Science of Feedback Cybernetics." Ruesch and Bateson have applied this to specific clinical problems and have attempted an integration of communication theories with ego psychology, learning theory, etc. These and other contributions over the last two decades are often referred to as "Social Psychiatry", which is developing the theoretical base for "Community Psychiatry."

There has been much emphasis in this country since World War II on group dynamics and the whole area of how people relate in groups. Much of the pioneering work of Lewin has come into full fruition with the use of "T-group" (or "sensitivity" group) training both for normal social and work groups and for therapeutic efforts with people with symptomatic emotional difficulties. Nor should Moreno's monumental contributions to group dynamics be forgotten. A vast array of clinically significant applications of these various group approaches to very "tough" problems (e. g. schizophrenics, alcoholics, sexual offenders, juvenile delinquents, adult criminals, etc.) are coming forward for broad community use.

There has been much interest in this country in Existential Philosophy and its relationships to psychiatry. This has been integrated in an approach to psychotherapy, both individual and group, which emphasizes the individual's own responsibility for his own behavior. From a base of both individual and group psychodynamics is developing the promising area encompassed by the term "family therapy."

How are these and various other important and potentially rich sources of theoretical knowledge and practical application to be integrated into a unified theoretical system that makes intellectual as well as operational sense? Grinker has attempted this in his "unitary theory of man." Others have attempted to look at Communication Theory and Field Theory as the glue that can bind together these various contributions. James Miller, Ralph Gerard and co-workers

at the Neuropsychiatric Institute of the University of Michigan have attempted an ambitious integration into a comprehensive whole. At the 1967 meeting of the American Psychiatric Association two half days were set aside for major presentation by Ludwig Bertalanffy, Spiegel, Grinker, Miller and others on the topic of "General Systems Theory and Psychiatry." General Systems Theory is envisioned as a "calculus" which defines theoretical abstractions at different levels (e. g. "ego," the "limbic system," the "cultural milieu," etc., etc.). Thus information on the biochemistry of the reticular activating system might be meaningfully related to measures of group interaction under stress. Units of information on individual psychodynamics might become predictable related to information about catachol amines or crowd responses to catastrophic events. The development of automatic data processing has made possible effective handling of vast stores of empirical data to test out theories and to define interrelationship between different levels of information. This "Cybernetic Revolution" has provided mankind with a potent new tool that will make possible the effective integration of empirical data into theoretical systems which are then translatable into effective operational programs. These in turn can be constantly monitored and modified. In psychiatry this is revolutionary indeed!

Dynamic psychiatry as it will develop in the United States in the next 10 years will be based on a vastly different body of knowledge than it has been to date. It will encompass many of the theoretical areas noted above. It will be integrated through an elaborated systems theory and have its theoretical bases repeatedly tested through the gathering and the evaluation of vast "bits" of information with the assistance of automatic data processing. Concurrent with this will be the development of a wide array of new operational programs to deal with "problems of living" focalized for us in the U. S. in the comprehensive community mental health center.

To many this may sound, at best, like the "Brave New World" of Aldous Huxley and at worst like the horrors of "1984." However, these do not need to be the alternatives, and a mass approach to treatment and prevention does not need to operate on an anti-humanitarian, impersonal base. New theories can bring far more effective solutions to bear on specific problems and in this sense give rise to more humane treatment of human difficulties. Automatic data processing as a means of handling data from new observational techniques and more specific behavior measurements, as well as physiological and biochemical tests, can and should result in theoretical advances with operational consequences of the greatest importance for more effective ordering of human behavior.

If the dynamic psychiatry of the next decade moves in this direction, where does the psychiatrist fit? He is not a basic scientist and is not likely ever again to make the broad theoretical contributions that were made by Freud or Sullivan, for example. The major theoretical contributions will come from biochemists, social psychologists, sociologists, anthropologists and whatever new basic scientists develop in the years ahead. Will the psychiatrist continue to be the deliverer of services (i. e. the practitioner)? In a center providing a mass approach (e. g. a large comprehensive community mental health center), he may not be so well equipped to be the delivery agent as is the teacher, the social

worker, or the clinical psychologist. They are all more "specialized" in the sense of having a more limited function. They are also less extensively trained and thus less expensive and more readily available on the job market. They are also more likely to be content in the often routine work necessitated by a mass approach to treatment or prevention.

The psychiatrist working in this system, particularly if we envision dynamic psychiatry as operating from an ever broadening body of knowledge relating to human behavior, will be an integrator, a co-ordinator, an administrator and an educator. He will be the one person with a significant level of overall knowledge of the entire range of theory and practice, with major skills in bringing the appropriate knowledge to bear on the specific problems of the day. He will thus have relatively little time to spend with individual patients or even groups of patients, these being managed by the practitioner groups noted above. He will have major educational responsibilities within the profession of medicine and the allied health professions. He will have major consulting functions with welfare, educational, legal, and correctional institutions in the community, jointly directing with them major prevention programs. While the psychiatrist in the United States in clinic settings is still the "Captain of the Team," and legally responsible for all clinical activities of a center; this is slowly changing and must be further eroded. It is an archaic concept that is impeding the necessary assumption of responsibility by the allied health professionals who will become more and more the delivery agents for clinical services.

If this is indeed the direction of dynamic psychiatry in the future, then immediate renovation of training programs for psychiatrists must take place. This will mean a great deal more emphasis on the basic behavioral sciences and the methodology of research and communication between these sciences. There will need to be a great deal of emphasis on mathematics, computer science, etc. as techniques for communication and data management. There will need to be much more experience gained relatively earlier in individual and group dynamics through working with healthy, effective groups of normal people as well as through experience with symptomatic individuals and groups. There will need to be a great deal of emphasis on more effective techniques for imparting knowledge, specifically teaching both large and small groups. Since much of the psychiatrist's activities will be administrative, much experience will be necessary in the development of such skills, with a particular emphasis on the interpersonal aspects of management. While clinical experience with symptomatic individuals will continue to be necessary, this will become a relatively minor portion of the psychiatrist's training. While he will need an adequate theoretical knowledge of organic-physiological processes, it will not be feasible for him to be trained as an effective general physician before he begins his psychiatric training. Thus the professional branching point must come quite early in his life, ideally by the age of 20.

While there will always be more than enough tasks, particularly in the hinterlands, for the American psychiatrist, *Model 1960*, leaders in our profession by 1975 will indeed be a far different breed from the man who sits at the head of the couch today.

Literatur

Lief, A. (1948): *The Commonsense Psychiatry of Dr. Adolf Meyer.* (New York: McGraw-Hill.)
The Joint Commission on Mental Health & Illness (1961): *Action for Mental Health.* (New York: Basic Books.)
Public Law 88–164.
Glasscote, et al. (1964): *The Community Mental Health Center, an Analysis of Existing Models.* (Washington: Am. Psychiatric Assoc.)
Szasz, T. (1961): *The Myth of Mental Illness.* (New York: Hoeber-Harper.)
Dollard, J. and Miller, N. (1950): *Personality and Psychotherapy.* (New York: McGraw-Hill.)
Wolpe, J. (1958): *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition.* (Stanford Univ. Press.)
Erikson, E. (1950): *Childhood and Society.* (New York: W. W. Norton & Co.)
Spiegel, J. (1954): "The Social Role of Doctor and Patient in Psychoanalysis and Psychotherapy." *Psychiatry, 17: 369.*
Wiener, N. (1954): *The Human Use of Human Beings: Cybernetics and Society.* (Garden City: Doubleday Anchor.)
Ruesch, J. and Bateson, G. (1957). *Communication: The Social Matrix of Psychiatry.* (New York: W. W. Norton.)
Lewin, K. (1948): *Resolving Social Conflicts: Selected Papers on Group Dynamics.* (New York: Harper.)
Moreno, J. (1951): *Sociometry, Experimental Method and the Science of Society* (New York: Beacon House.)
Ackerman, N. 1962): *Exploring the Base for Family Therapy.* (Family Service Assoc. of Am.)
Grinker, R. (1967): "Normality Viewed as a System." *Paper read Annual Meeting, Am. Psychiatric Assoc., Detroit, May 11.*
Miller, J. (1957): "Mental Health Implications of a General Behavioral Theory." *Am. J. Psychiat., 113: 776.*
Seaborg, G. (1967): *"The Cybernetic Revolution." The Phi Beta Kappa Quarterly, Spring.*
Huxley, Aldous (1936): *Brave New World.* (New York: Doubleday.)
Orwell, G. (1949): *Nineteen Eighty Four.* (New York: Harcourt & Brace.)

Psychodynamische Psychiatrie: Perspektiven USA 1968

Robert H. Barnes

Die amerikanische Psychiatrie, Bestandteil einer jungen und dynamisch wachsenden Gesellschaft, ist fast selbstverständlich eine dynamische Psychiatrie. Entsprechend der gesellschaftlichen Integration von Menschen verschiedener nationaler Herkunft war auch die Psychiatrie stets bestrebt, Ideen und Theorien zu integrieren. Vor etwas über 50 Jahren wurden Freud und Jung zu ihren berühmten Vorlesungen an der Clark University eingeladen. Zwischen den beiden Weltkriegen übte Adolph Meyer einen großen Einfluß aus. Er hob die dynamischen Aspekte der menschlichen Entwicklung und die Beziehungen zwischen dem Individuum, seiner Familie und der Gesellschaft hervor und wurde dadurch zum Wegbereiter psychoanalytischer Vorstellungen, welche erst nach dem 2. Weltkrieg voll und ganz akademische Anerkennung fanden. Die psychoanalytisch orientierte psychodynamische Psychiatrie wurde zur maßgebenden theoretischen Grundlage der meisten Ausbildungsprogramme. Ihre breiteste praktische Anwendung fand sie in der Privatpraxis und in Privatkliniken, während in den öffentlichen Einrichtungen eine mehr eklektische Therapie betrieben wurde.

Es wäre jedoch falsch anzunehmen, daß die Psychoanalyse heute die amerikanische Psychiatrie vollkommen beherrscht. Seit dem Ende des 2. Weltkrieges hat die Zahl der seelisch Kranken erheblich zugenommen. Amerika wurde sich der Tatsache bewußt, daß es eine Massengesellschaft geworden war und daß es Lösungen für seine sozialen Probleme finden mußte, die auf Massenbasis anwendbar sind (was mit den psychoanalytisch orientierten Methoden nicht ohne weiteres möglich war).

Die amerikanische Psychiatrie steht vor einer großen Aufgabe. Dies hat auch die Legislative erkannt, es wurde ein ausgedehnter Plan zur Einrichtung umfassender kommunaler Gesundheitszentren entwickelt, die alle seelisch Kranken in offenen Einrichtungen innerhalb der Gemeinde betreuen sollen. Akademische Psychiater wie Praktiker sehen sich vor die Aufgabe gestellt, neue Vorstellungen und Methoden in Richtung auf eine psychiatrische Massenbehandlung und auf ein Vorbeugungsprogramm zu entwickeln. Insofern kann man von einer echten Krise in der Psychiatrie sprechen.

Es zeichnen sich zwei Alternativmöglichkeiten ab. Die dynamische Psychiatrie könnte sich aus der Verantwortung für das community-mental-health-center-Programm zurückziehen und sich weiter auf Grundlagenforschung und Ausbildung in Richtung auf individuelle Therapie beschränken. Man müßte also das Programm ausschließlich den Wohlfahrtsbehörden und Sozialarbeitern überlassen. Es sollte jedoch ein anderes Ziel angestrebt werden, nämlich eine Verbreiterung der Grundlagen der Psychiatrie, wobei neue Ideen, neue Forschungsrichtungen und neue Berufsgruppen in die Psychiatrie integriert werden sollten. Der Autor gibt einen weit ausholenden Überblick über die in Frage kommenden Richtungen: Neurochemie und Neurophysiologie, Psychopharmakologie, Lerntheorie, Soziologie und Sozialpsychologie. Hinzu kommen die Kommunikationstheorie, die Kybernetik, Feldtheorie und Gruppendynamik.

Die dynamische Psychiatrie der nächsten zehn Jahre wird sich auch auf ein grundlegend anderes Wissensgut stützen müssen als bisher. Die neuen Wissensgebiete müssen in Form einer noch auszuarbeitenden Systemtheorie integriert und ständig durch die Information, die die automatische Datenverarbeitung liefert, überprüft werden. Eine ganze Reihe von neuen Arbeitsprogrammen werden ausgearbeitet werden müssen.

Die Funktion und der Aufgabenbereich des Psychiaters werden sich entscheidend ändern. Er wird weder Grundlagenforschung treiben noch irgendwelche spezialisierten Tätigkeiten ausüben, vielmehr wird er integrierende, koordinierende, administrative und erzieherische Aufgaben haben. Er wird beratende Funktionen ausüben, insbesondere in Hinsicht auf die Vorbeugungsmaßnahmen. Er wird nur noch wenig Zeit dem einzelnen Patienten widmen können und wird größere Bereiche seiner bisherigen Verantwortlichkeit abgeben. Er wird sich ganz wesentlich von dem Psychiater unterscheiden, der heute noch hinter der Couch sitzt.

Reparation to the Self as an Idolised Internal Object

(a contribution to the theory of Perversion Formation)

M. Masud R. Khan

I want to offer a hypothesis for discussion. There are two types of perversions: benign and malignant. What characterises the benignity or malignity of the perversion is not the nature and character of pregenital instinctual components so much as the nature and character of early object relationships, primitive psychic functioning and specially the role of the reparative drive and psychic functions expressing it in relation to self and object. In this discussion I shall focus my attention on the last factor: the role of the reparative drive and process in perversion formation. To indicate briefly my distinction between benign and malignant perversion-formations I would say that from amongst the historical personages whose sexual lives have been characterised as perverse I would designate those of Marquis de Sade and Genet as malignant in character and those of Rousseau, Sacher-Masoch, Oscar Wilde, and André Gide as benign. The essential difference seems to me that in benign perversion-formations, in spite of all the distortions of object-choice and object-relating and the admixtures of sado-masochistic instinctual components, the person concerned is, nevertheless, seeking through very private symbolism and rituals to establish a positive libidinal relation to an idolised self and an idolised object. The inevitable failure of this search should not misguide us about its true nature and aims. Hence in benign perversion-formations the role of the reparative drive through exploitation of sensual and sexual apparatuses of self and object is predominant and imperative. Whereas in the malignant perversion-formations the basic relation to the self and object is hostile, destructive and nihilistic and the exploitation of sexual apparatuses and pregenital instincts is merely or largely a defensive process that maintains the compulsion barely this side of total annihilation of self and object – and sometimes fails even in this, as in the case of Marquis de Sade. Genet has survived the in-built fatality of his perversions through the rescue measures of an over-permissive society and its humane zeal. In malignant perversion-formations the role of the reparative drive and processes is very restricted and meagre, and where it does exist as in the political idealism of Sade or the literary virtue of Genet' work, it is abstract and impersonal (cf. Gorer, 1962).

The Concept of Reparation

Freud had introduced the concept of restitution in his interpretations of Schreber's delusions (1911) and later in his paper "A Metapsychological Supplement to the Theory of Dreams" (1917) he explicitly defined the restitutive functions of the hallucinatory phase of schizophrenia. But the bulk of the clinical and theoretical elaboration of the concept of restitution we owe to Melanie Klein (1932). In her later paper she replaced the concept of restitution by the concept of reparation (Klein 1948). Melanie Klein's emphasis is on the function of the reparative drive to neutralise and nullify the effects of the primitive sadistic impulses which in the early stages of infant-child development in a child's fantasy-life attack and damage the primary loved objects. My use of this concept is, however, influenced most by the researches

of Winnicott (1954, 1960, 1963) who has elaborated and changed this concept significantly in terms of his own themes of mother-child relationship. In terms of Winnicott's hypotheses one could postulate the following model of normal infant-child development. The biological givens and endowments in an infant are dependant on the actual maternal (environmental) care and facilitation for their articulation, differentiation and fruition, developmentally and maturationally, into what can later be identified as functions and properties of the ego and the id in the child. Winnicott especially stresses the necessity of a mother's capacity to meet imaginatively as well as affectively the first creative gestures of the infant-child and this forms the basis of the child's true confidence in his evolving and crystallising sense of Self. One significant process involved in this complex interplay and confrontation between the infant and his environment (human and non-human) is that of reparation. Winnicott (1951, 1960, 1963) has described this variously as the environment meeting the infant's "experience of omnipotence", allowing itself to be created by the infant as in the area of transitional object and phenomena, and allowing the infant to make his own *contribution* towards his caretaking environment. In Winnicott's frame of reference the reparative drive and process is an expression of the natural potential of the libidinal cum aggressive cum imaginative-affective forces operative in the infant-child's psyche-soma. Winnicott, unlike Klein, does not restrict the use of reparative drive to that of mitigating and neutralising the damage done by the sadistic instincts in the earliest stages of infancy. In his theory if for some personal or other reasons the mother fails to meet the reparative (creative) drive of the infant then it leads to an imbalance in the whole articulation of the emergent ego-id differentiation and entails defensive use of the reparative drive (Winnicott 1948). The reparative drive therefore uses all the available emergent ego-id processes to make a contribution towards the care-taking environment (human and non-human) and establishes the matrix of confidence in relating to and being creative towards this environment. And since this *contribution* (reparation) is reflected and mirrored back as achievement by the environment it leads to confidence in the growing sense of personal identity and in the authenticity of Self-experiences in psyche and soma.

Reparative drive in perversion formation

From the intensive analytic treatment of some dozen cases of perversion over the past 20 years a distinct pattern of early mother-child relationship leading to choice of perverse sexual practices (heterosexual as well as homosexual) has begun to crystallise in my thinking. Some of this material I have reported in four previous papers (Khan 1962, 1964, 1964 A, 1965). Here I shall not detail any clinical material because of lack of space, but offer for discussion my abstractions from this clinical material.

All these cases were as infants and children much loved by their mothers. It is significant that though in every case the father was alive and around in the child's experience he was not registered as a significant presence or person. The mother lavished intense body-care on the infant-child but in a rather impersonal way. The child was treated by the mother as her "thing-creation" rather than as an emergent growing person in his or her own right. It is this idolisation of

the infant-child that I am singling out for special emphasis and discussion. I am advisedly using the concept of *idolisation* instead of idealisation. To me the two processes seem distinct and different. Idealisation is an intra-psychic process and is very much influenced by reverie. Idolisation on the contrary is an explicit over-cathexis of an external actual object and is sustained by elaborate ego-attitudes and ego-functions which subsume id-investments and intensify these in the service of idolisation. Idolisation therefore entails a mental exploitation of instinctual components and primitive psychic processes in the relationship to an external actual object, in this case the infant-child. My clinical work here corresponds very closely to that reported by Greenacre (1960). To elaborate my argument a step further. In this climate of mother-child relationship, the child very early on begins to sense that what the mother cathects and invests in is at once something very special *in* him and yet *not* him as a whole person. The child *learns* to tolerate this dissociation in his experience of Self and gradually turns the mother into his accomplice in maintaining this special created-object. The next step in this developmental schema is that the child internalises this idolised Self that was the mother's created-thing. This, in my clinical material, usually happens around the oedipal phase when these mothers suddenly become self-conscious about their intensive attachment to and investment in their child and withdraw abruptly. Hence these children seem to experience a belated separation-trauma at a stage where their ego can register it more acutely. They register this as panic and threat of annihilation and especially as abandonment (unconsciously). It is in this inner affective climate that they intensify the cathexis of their internalised idolised Self and also hide it from their environment.

Two further features seem to be characteristic of this type of childhood. Absence of playing and transitional objetcs. At first I missed these because the concept of transitional object was not as yet available to me. Only the genius finds what he is not looking for, the rest of us have to be content with re-discovering the discovered for ourselves. The lack of playing and transitional objects is further matched by a lack of initiative to contribute of these children. While they are astonishingly empathic to their mothers' moods they seem to resign prematurely from offering anything from their side. Instead they learn to augment the mothers' efforts and gestures towards them as the special created-thing. A child in such circumstances learns a specialised use of his reparative drive i. e. *towards the Self as an idolised internal object.*

I shall at this point jump a few stages and try to abstract the dilemma of this type of child at puberty and adolescence. All my cases seem to arrive at puberty and adolescence in a state of organised innocence. They had little capacity for sexual reverie and their first attempts at masturbation were pathetically unsatisfactory. They felt shut-in, almost claustrophobic, rather depersonalised with a distinctly schizoid type of personality and yet seething with a latent urgency towards life and others, which they couldn't actualise in life-experience or contemporary object-relationships. Hence they felt eager and disregarded, intensely subjective and yet dull and depleted, full of themselves and with nothing to offer to others, and above all else special. They had a distinct secret sense of waiting to be found and met. It is in such an inner climate of strangu-

lated affectivity and instinctual tension that an opportunity or encounter with someone would provide them with an opening into life.

It is true of each of my patients that none of them ventured out from personal initiative at first. After the first few adventures the role of the ego-initiative changes – some remained passive vis à vis the object, others learnt to seek it militantly. For a long time I was deeply perplexed and confused by the character and style of their object-choice, object-finding and object-relating With a little distortion I could always satisfy myself that it was narcissistic object-choice or regression to the part-object phase of early libido development, but none of this really fitted all the facts. Gradually I began to see that one of the unmistakable features of the chosen and found sexual object was its potentiality and talent to play the part of an as-if transitional-object (see Khan 1964). But even that left a great deal of the richness of the patient's experience of Self and object in the relationship unaccounted for. It was only when I was convinced that the gratification from sexual discharge is a screen-experience in these patients directed against anxiety-states, and that the basic use of sexual apparatuses and instincts is of a reparative kind, that the clinical picture began to yield more clues. The next question is towards whom is that reparative drive directed. One could not say the object as a person in himself nor the object as an idealised image of the patient's self. I felt there was some very important factor missing. Only an unprejudiced scrutiny of these patients' intensive and elaborate ego-interests and sexual rapport with their objects has helped me to realise that what was being enacted was a very special type of early relationship from their childhood. This relationship, in spite of all the overt and ecstatic awareness of what they were doing, was hidden from the patient himself, and it in essence was a repetition of the mother's idolisation of the infant-child as her created-object, which the child had internalised and hidden. The characteristics of this type of perverse sexual intimacy and relatedness between two persons (heterosexual or homosexual) are: (a) that both parties have a silent ritualistic acceptance of the *play* quality of the relationship. In spite of all their vociferous remonstrances to the contrary it is understood that the whole venture is transitional and uncommitting. (b) that the relationship in its true detail is private, secretive and something very special between the two persons concerned. (c) that each is in fact doing it as a reparative gesture towards the other. This is what makes it benign. The element of hostile and sadistic exploitation of the other is kept low to a minimum. (d) that each will grow larger and more whole as a person from the venture. (e) in spite of protestations of perpetual fidelity and devotion, each knows that separation and loss are inevitable and will not be too traumatic. (f) a basic shared sense of gratitude at the time at having been allowed a mute and unshareable experience.

The next and important question that needs to be answered at this point is: why does the reparative drive in these persons choose the sexual apparatuses and modalities as the basic vehicle of its expression. In my clinical experience perverts are not persons who impress one with being endowed with a biologically high or intense natural sexual appetite and drive. In my clinical experience I have yet to meet a pervert who was compelled from the authentic

instinctual pressure of his body-impulses to reach out to an object for gratification. It is all engineered from the head and then instinctual apparatuses and functions are zealously exploited in the service of programmed sexuality. And how does it come about that the reparative drive expresses itself only in relation to the sexual object? Because outside such relationships these people were all very selfish, impatient, patently unempathic and ungenerous as well as mean and coldly aloof towards others. The answer partially lies in the way they suffered the restriction and negation of their reparative drive in childhood at the hands of their mothers. A person has to have special attributes as a thing-person to trigger off their interest. They cannot offer any reparative gesture towards anyone who is to start with separate and defined as an entity in his or her own right. Also the potential object must share their bias for body-language communication. The soma of an infant-child is available to a mother's imprinting from a much earlier stage than his differentiated psyche (ego), and this compliance-potential of an infant-child's soma is greater than the more developed and mature child's ego. Hence the bias is to regress to that phase and modality of inter-relationship.

Furthermore I think the very subtle and discreet inhibitions of emergent aggressive potential in these children as infants play a role here too. Such mothers distract, diffuse and negate the aggressive gestures in the infant-child's reparative drive that draws upon his body-musculature. This leads to expressions of aggression in rage-reactions mostly to precocious development of defensive ego-mechanisms. When these patients sought out accomplices they had, as it were, a latent wisdom in choosing objects who would not involve their ego too directly and explicitly, otherwise their phobic and paranoid anxieties and defences would come precipitately into action and spoil the whole venture. This is a problem we get stuck with quite often in the treatment of schizoid characters with acute selective sexual inhibitions (cf. Khan 1966). The sexual intimacies anticipate a privacy and seclusion from public view and allow for private symbolism and rituals to be tried out, learnt and taught. They are relatively at one remove from the exigencies of ordinary reality and value-systems. Another factor is that in all perversions there is a definite lack of elaboration of body-experiences into psychic reverie. The overt fantasies of perverts are patently banal and repetitive.

Conclusion

I have in a condensed and abstract manner presented some of the inferences that my clinical material has led me to formulate. I hope that other analysts will be able to fill in, alter and endorse these hypotheses from their own clinical material. I want to stress that what I have said applies only to benign forms of perversions.

There is one last point I want to state. All perversions entail a fundamental alienation from Self in the person concerned and the attempt is to find personalisation through the elaborate machinery of sexual experiences. The inconsolability of the pervert is matched only by his insatiability. The researches of Freud and his followers have gone a long way towards providing us with true clues to the predicament of the pervert, without all the mystifications of moral approbation or the envious adulation of the seemingly liberal social approach.

But the predicament of the pervert is still far from clear. The experiential data is so cluttered with secondary elaborations and gains as well as distortions that even knowing as such constitutes a trap. What we need to establish more firmly is the positive trends that lie buried under the débris of the erotic expertise of the pervert. It is towards an understanding of this that I think a clearer definition of the role of the reparative drive towards the Self as an idolised internal object may serve as a deeper understanding of this predicament.

Literatur

Freud, S. (1911): *Psychoanalytic Notes on Autobiographical Account of a Case of Paranoia.* S. E. **12.**
— (1917): *A Metapsychological Supplement to the Theory of Dreams.* S. E. **14.**
Gorer, G. (1962): "The Marquis de Sade: Sado-Masochism and Theatricality." In: *The Danger of Equality and other Essays.* (London: The Crescent Press, 1966.)
Greenacre, P. (1960): "Further Notes on Fetishism." *Psychoanal. Study Child.* **15.**
Khan, M. M. R. (1962): "The Role of Polymorph Perverse Body-experiences and Object-relations in Perversion. *Brit. I. Med. Psychol.* **35.**
— (1964): "The Function of Intimacy and Acting out in Perversions." In: *Sexual Behavior and the Law,* ed. by Ralph Slovenko. (Illinois: Charles C. Thomas.)
— (1964 A): "The Role of Infantile Homosexuality and Early Object Relations in Female Homosexuality." In: *The Pathology and Treatment of Sexual Perversions,* ed. by Ismond Rosen. (London: Oxford University Press.)
— (1965): "Foreskin Fetishism and its Relation to Ego Pathology in a Male Homosexual." *Int. I. Psycho-Anal.* 46.
— (1966): "Role of Phobic and Counter-phobic Mechanism and Separation-anxiety in Schizoid Character Formation." *Int. I. Psycho-Anal.* **47.**
Klein, M. (1932): *Psycho-analysis of Children.* (London, Hogarth Press and Institute of Psychoanalysis, 1948.)
— (1948): *Contributions to Psychoanalysis 1911–1945.* (London: Hogarth Press and Institute of Psycho-analysis, 1948.)
Winnicott, D. W. (1948): "Reparation in Respect of Mothers Organised Defence against Depression. In: *Collected Papers.* (London: Tavistock Publications, 1958.)
— (1951): "Transitional Object and Transitional Phenomena." *Int. I. Psycho-anal.* **34.**
— (1954): "The Depressive Position in Normal Emotional Development." In: *Collected Papers.* (London: Tavistock Publications, 1958.)
— (1960): "The Theory of Parent-Infant Relationship." *Int. I. Psycho-Anal.* **41.**
— (1963): "The Development of the Capacity for Concern." In: *The Maturational Processes and the Facilitating Environment.* (London: Hogarth Press and the Institute of Psycho-analysis, 1965.)

Die Reparation des Selbst als eines idolisierten inneren Objekts

Ein Beitrag zur Theorie der Perversionsbildung

Von M. Masud R. Khan

Der Autor unterscheidet gutartige und bösartige Perversionen. Die gutartigen sind dadurch gekennzeichnet, daß bei ihnen die Person eine positive libidinöse Beziehung zu einem idolisierten Selbst und einem idolisierten Objekt aufrechterhält. Eine wesentliche Rolle spielt dabei die reparative Tendenz. Bei den bösartigen Formen ist die grundlegende Beziehung feindselig und destruktiv.

Freud führte im Zusammenhang mit der schizophrenen Halluzination den Begriff der Restitution ein. M. Klein ersetzte dieses Konzept durch das der Reparation. Die reparative Strebung versucht, die Wirkungen der frühen sadistischen Impulse des Kleinkindes

zu neutralisieren. Winnicott erweitert den Begriff der reparativen Strebung, bei ihm umfaßt er die libidinösen, aggressiven und imaginativ-affektiven Kräfte des Kindes, denen die Umgebung entgegenkommen muß, damit eine Atmosphäre des Vertrauens entsteht, in der das Kind sowohl sein eigenes Selbst entwickeln als auch einen schöpferischen Beitrag zu seiner Umgebung leisten kann.

Der Autor berichtet über die Ergebnisse intensiver analytischer Behandlung etwa eines Dutzends Perversionen in den letzten zwanzig Jahren. Die Mütter der Patienten hatten diese als Kinder mehr wie ein „Ding-Geschöpf" als wie eine wachsende Person mit eigenen Rechten behandelt. Sie idolisierten das Kind (die Unterscheidung von der Idealisierung wird klar herausgearbeitet). Das Kind spürt sehr früh, daß die Mutter etwas in ihm, aber nicht es selbst als Person besetzt. Das Kind macht diese Spaltung in der Erfahrung seines Selbst mit und internalisiert das idolisierte Selbst. In der ödipalen Phase ziehen sich diese Mütter abrupt von ihren Kindern zurück, welche ein verspätetes Trennungstrauma in Form von Panik, Vernichtungsangst und Verlassensein erleben und daraufhin die Besetzung des internalisierten idolisierten Selbst verstärken und es gleichzeitig vor der Umgebung verbergen. Diese Kinder spielen nicht und haben keine Übergangsobjekte. Sie können sich zwar erstaunlich gut in ihre Mütter einfühlen und ihre Zuwendung auf sich richten, jedoch können sie keinen eigenen Beitrag leisten. In der Pubertät fühlen sie sich eingeschlossen und depersonalisiert. Sie warteten auf die ersten Kontakte, ohne sich selbst darum zu bemühen. Ihr Sexualobjekt mußte fähig sein, die Rolle eines „als-ob"-Übergangsobjekts zu spielen. Die sexuelle Befriedigung war eine gegen Angst gerichtete Deckerfahrung und im Grunde wurden die sexuellen Triebimpulse und Apparate zu reparativen Zwecken verwendet. Die sexuelle Beziehung war im wesentlichen eine Wiederholung der mütterlichen Idolisierung des Kindes als ihres Ding-Geschöpfes. Die perverse sexuelle Beziehung ist wie folgt charakterisiert: Beide Partner sind sich über die Spielqualität der Beziehung und über ihren vorübergehenden und unverbindlichen Charakter einig. Die Beziehung ist privat, geheim und etwas ganz besonderes zwischen den beiden betroffenen Personen. Sie stellt eine reparative Handlung gegenüber dem anderen dar. Beide wollen in der Beziehung als Persönlichkeit wachsen. Sie wissen, daß Trennung und Verlust unvermeidlich sind und nicht zu traumatisch sein werden. Sie sind sich gegenseitig wegen des gemeinsamen Erlebnisses dankbar.

Warum bedient sich die reparative Strebung gerade der Sexualität als Ausdrucksmittel und warum äußert sie sich nur in bezug auf das Sexualobjekt? (Perverse zeigen durchaus keine erhöhte sexuelle Triebkaftigkeit, auch sind sie außerhalb der sexuellen Beziehungen selbstsüchtig und kühl.) Die Begründung liegt in der Beschränkung und Verleugnung der reparativen Strebung in der Kindheit. Nur eine Person mit den speziellen Attributen einer Ding-Person kann ihr Interesse auslösen. Sie können ihre reparative Strebung nicht auf eine Person richten, die eine abgegrenzte Einheit darstellt. Das Objekt muß in der Körpersprache mit ihnen kommunizieren.

Die Mütter solcher Kinder hemmen sehr früh die keimende Aggression und führen dadurch eine vorzeitige Entwicklung der Abwehrmechanismen herbei. Die Patienten suchen dann Objekte, die sie nicht zu sehr in Anspruch nehmen; andernfalls würden ihre phobischen und paranoiden Ängste und ihre Abwehrmechanismen ins Spiel kommen und die Beziehung scheitern lassen. Die sexuelle Beziehung vollzieht sich in einer privaten und von der gewöhnlichen Realität abgesetzten Atmosphäre, in der private Rituale geübt, gelehrt und gelernt werden können. Es erfolgt keine Umsetzung der körperlichen Erfahrungen in Träumereien. Die offenen Phantasien der Perversen sind banal und haben Wiederholungscharakter.

Abschließend betont der Autor, daß es darauf ankommt, die positiven Züge herauszuarbeiten, die unter den Trümmern der erotischen Möglichkeiten des Perversen verschüttet liegen. Das Verständnis der Rolle der reparativen Strebung in Hinsicht auf das Selbst als ein idolisiertes inneres Objekt kann dabei hilfreich sein.

The Functions of a Family Therapist: A Personal Viewpoint

Nathan W. Ackerman*

Within a decade, family diagnosis and therapy have emerged as a new dimension in the art and science of mental healing. On the contemporary scene, the possibilities of community psychiatry evoke a growing interest. But without family psychiatry there can be no community psychiatry; the psychiatry of the family must be the very core of any future integrated program of mental health services for the whole community.

Family psychotherapy, as a distinct method, can best be seen in context. To appreciate better its capacities and limitations we must place it in proper perspective in relation to the trends of modern psychotherapy, mainly psychoanalysis and group therapy. Family psychotherapy merges selected features of each of these approaches to healing.

Psychoanalytic therapy was designed for organized psychoneuroses with specific symptom formation. By tradition, its salient focus was on the analysis of neurotic symptoms viewed as a product of unconscious conflict. In the course of time, the emphasis on symptom analysis gave way to character analysis. This signaled a shift in orientation from inside – outward, from the core of the psyche and from the unconscious conflicts, to character structure, to the total integrative patterns of personality, and finally, to the adaptation of personality to group environment.

Several considerations are pertinent to this extension of the sphere of therapeutic intervention. Symptom relief cannot be equated with health. Therapeutic resolution of unconscious conflict, by itself, offers no assurance that the individual will spontaneously restore health in the integrative balance of his personality and his adaptation to group environment. Depending on the individual's relations with significant other persons, a given neurotic symptom may be malignant at one stage of the individual's life history and benign at another; also, the same symptom may be critically disabling for one person and without pathogenic significance for another. Symptom analysis alone, therefore, is inadequate. So soon, moreover, as we extend our sphere of concern to involve character structure and the operations of ego and superego, we have instantly bound the intrapsychic functions of personality to the surrounding group environment. We are then promptly confronted by the contagion of anxiety in human relations and the related phenomena of multiple interacting disturbances among individuals who belong to the same living unit and share the same way of life.

From another point of view, psychoanalytic therapy, in its classical model, called for an environmental condition characterized by a modicum of stability, dependability, and predictability. It is within such a life situation that analyst

* Director of Professional Program, The Family Institute 60–; Recipient, Adolph Meyer Award of the Assoc. for Improvement of Mental Health, 59; Member Amer. Ortho. Assn, Amer. Psychiatric Assn, American Psychoanalytic Assn, Group for the Advancement of Psychiatry, Academy of Child Psychiatry.

and patient can, in effect, treat the environment as a constant, bypass it, and concentrate on the task of analyzing transference manifestations of childhood conflict. When, by contrast, the group environment becomes characterized by eruptive, unforeseeable change, and is realistically threatening, then the optimal condition required for the pursuit of psychoanalytic therapy is no longer present. When this contingency prevails, there can be only two choices: to reject the environment, and substitute a hopefully better one, or to change the environment by including it in an expanded system of therapeutic intervention.

To illustrate this principle, I quote the expressions of two patients undergoing psychoanalysis:

1. "Within the brief span of my lifetime, I have had to face three different worlds. Already two of them have come and gone; before my very eyes they have turned over and died. What am I to think of the present world? What faith can I have?"

2. "I am living in the wrong era. I should have lived seventy-five or a hundred years ago. I would have been a better fit then. What my parents taught me is of no use whatever in coping with the problems of this day and age. I feel helpless. I simply can't keep up with the many changes. I can't see what's going on. I don't know whom to fight or how to fight. Sometimes I imagine retiring to another country for some peace and quiet, but there is no such place."

The lesson is clear. The therapist faces both the psyche and the reality of a given life situation. The therapist cannot psychoanalyze reality. He can only strive continuously toward a sharper, more accurate image of that reality, and then analyze the individual's response to it. In our time, life simply does not stand still; the social environment does not wait for the analytic patient to resolve his childhood conflicts and, after that, catch up with the problems of his contemporary life situation. The group environment of our time, family and community, is unstable, difficult to know and predict. It provides little sustained support for the emotional needs of the individual. Only too often the individual is captive to his environment. He is an emotional prisoner to the disordered patterns of his group. He has neither the power to leave his environment nor to substitute a better one.

Under conditions of radical social change and realistic danger, the psychoanalytic task of achieving access to an individual's unconscious becomes progressively more difficult. When the environment turns unstable, the individual armors himself to carry the fight to the environment. He externalizes his conflict and his way of coping with it. He gives instant priority to the crisis which arises in his struggle with the threats of his environment, and thus loses the leisure of a private psychoanalytic concentration on his childhood conflicts.

In this setting, there is often a selective reinforcement of such defenses against anxiety, as magic thinking, projection, and the substitution of aggression for anxiety. The individual is unable to contain his conflict; instead, he acts it out irrationally in a shared way with other members within his group.

It is against such a background of imbalance in the relations of individual and group that we can understand the emergence of two significant trends: 1. The shift in the kinds of patients that psychotherapists today are called upon to

treat; no longer persons with neatly packaged, symptomatic psychoneuroses, but rather individuals with schizoid trends or complex character disorders; and 2. In a parallel development, a marked extension of the superimposed and secondary gains of emotional illness. It is small wonder, therefore, that such a strong streak of sickness creeps into contemporary human relations patterns.

From these considerations, we are inevitably led to an ecological emphasis in our orientation to the challenge of psychotherapy. The sphere of psychic healing must be expanded to embrace the sources of pathogenic influence within the group environment as well as within the individual.

Let us now shift focus to relevant considerations that derive from the development of group psychotherapy. It is not so, as some have believed, that the group therapy approach was a kind of spontaneous mutation, a Darwinian "sport", in the evolution of the theory and practice of psychotherapy. It did not arise merely as a more economical method for meeting the ever-mounting demand for mental health services; nor was it invented as a poor man's treatment. Rather, it evolved as a historical necessity. It began in peacetime, but got a tremendous boost in the military. In the Second World War group psychotherapy was a marked success. It exerted a catalytic effect on the further developments of psychotherapy in civilian life. In essence, the necessities of wartime, the extraordinary depth and speed of change in community living in peacetime, the related changes in family structure and function did three things:

1. Focused attention on the fundamental interdependence of the individual and group and broadened our conception of causation of disordered behavior;

2. Sharpened our understanding of specific deficiencies in existing theories of personality;

3. Modified our view of the responsibility of the psychotherapist in the larger community.

Group therapy not only stirred a critical reassessment, through a feedback influence, of the dynamics of individual therapy, but also activated re-examination of some of the basic assumptions of group work, social work, and education. In turn, it gave rise to a different set of problems.

From still another point of view, the advancing borders of knowledge in the psychopathology and psychotherapy of children exerted a significant influence on the evolving orientation to the psychotherapy of adult patients. In retrospect, Anna Freud's modifications of the techniques of child analysis to compensate for the disorders of the child's family environment are revealing, and also, her astute observation of the analogy between the psychoanalysis of a child and the psychoanalysis of a student analyst. In both procedures, the patient comes to know the analyst as a real person in face-to-face relations; to a varying extent the analyst is a real parent figure, a controller of danger, a direct source of emotional satisfaction, a mentor and educator, all of this in addition to being the interpreter of unconscious conflict. In essence, both procedures, child analysis and student analysis, violate some of the basic rules of classical psychoanalytical technique. The implications of this for the evolution of family psychotherapy are self-evident.

The newly emerging approach, family study and therapy, implements some of the insights of child analysis; also, by taking as the unit of diagnosis and treatment an experiment in nature, the family group as a living entity, it overcomes the artificiality of bringing into a single group to be treated by a single therapist, a number of patients who have hitherto been strangers to one another and who had not shared prior identity or emotional experience.

The evolution of the family approach, the diagnosis, treatment, and prevention of emotional disorder by intervening in the inner life of the family, constitute a major shift from a limited, exclusive focus on the manifestations of mental illness in the individual to a broader sphere, the family unit viewed as the matrix of health. In the purview of history, the appearance on the contemporary scene of this new dimension in mental health is a natural development. It is propelled into being by several converging forces:

1. The revolutionary transformation of the family pattern induced by social change.

2. The progressive shift in existing views on causation of illness and health; the recognition of the principle of contagion in emotional disturbances, and the intimate connection between social disorder and mental disorder.

3. The greater appreciation of the limitations of conventional procedures of treatment and prevention as these are restricted to the individual patient.

4. New developments in the behavioral sciences. The latter include a range of studies in ego psychology, small group dynamics, social psychology, anthropology, and communication, with special emphasis on the interdisciplinary viewpoint and the link of psychoanalysis and the social sciences.

5. The changed role of the psychotherapist in the modern community.

On this background, family study and treatment, though relatively new and untried, offers considerable promise. It gives us an expanded understanding of the relations between inner and outer experience. It lends explicit emphasis to the principle of emotional contagion in family process, the transmission of pathogenic conflict and coping patterns from one generation to the next. It provides a framework for the correlation of the processes of family development and individual development at each stage of the life cycle. It opens up the possibility of conceptualizing the relations between family group defense of the continuity of family identity and functions, and individual defense against anxiety. It illuminates the phenomena of multiple, interacting disturbances among the members of the same family group. It joins the goals of therapy with those of prevention. It sheds further light on the homeostasis of group behavior and on the learning and growth processes of personality within the nexus of family development and family adaptation.

Family psychotherapy is a special method of treatment of emotional disorders. It is the therapy of a natural living unit, not the single individual but the whole family. The therapeutic interview includes all those persons who share the identity of family and whose behavior is influenced by a circular interchange of emotion within the group. By family psychotherapy, therefore, we mean: 1. A specific method of assessing and intervening upon the family unit as an organismic whole; 2. A way of evaluating family development and

adaptation; and 3. Assessing and influencing the relations between the emotional functioning of the family group and the emotional destiny of any one member.

In this context, the tasks of diagnosis and treatment are interwoven, interdependent, parallel activities. Diagnosis qualifies the choice of therapeutic goals and the specificity of techniques of family psychotherapy. Yet at the same time, the dynamically oriented exploratory interview with the whole family is the pathway to diagnosis.

The goals of family therapy are:

1. To alleviate emotional distress and disablement and promote the level of health, both in the family group and in its individual members: by resolving pathogenic conflict and anxiety within the matrix of interpersonal relationships; by raising the level of mutual complementation of emotional needs; by strengthening the immunity of the family against critical upsets; by enhancing the harmony and balance of family functions; by strengthening the individual member against destructive forces, both within him and surrounding him in the family environment; by influencing the orientation of family identity and values towards health and growth.

To achieve these goals, the clinician must integrate his trained knowledge and his use of self in the therapeutic role in a unique way. He is participant-observer, but with the accent on a special quality of participation in the stormy processes of family interaction. He is active, open, fluid, forthright, at times even blunt. Alternately he moves in and out of the pool of family conflict. He moves in to energize and influence the interactional processes; he moves out to distance himself, to objectify his experiences, to survey and assess significant events, and then moves in again. He weighs and balances the healthy and sick emotional forces that play within the family unit. He supports health and counteracts sickness by shifting his function in accordance with need at changing stages of family process. His responsibilities are multiple and complex; they require the most flexible, open, undefensive use of self. The family and its parts interact, absorb and use his influence in a variety of ways. Depending on the shifting foci of conflict and anxiety, one or another member joins with and separates from selected elements of the therapist's identity. These partial joinings and separations reflect elements of transference and realism. The therapist must be adroit, ever-ready and alert to move his influence from one part of the family to another, following the shift of the core of most destructive conflict. In and among the family members he stirs an expanded awareness of the true nature of the emotional and social disorders of the group, and engages them in a progressive process of working through of the related conflicts. In so doing, he is catalyst, supporter, regulator, interpreter, and resynthesizer. These multiple functions should not be conceived in isolation, but rather as a harmony of influences expressed through the unity of the therapist's use of self. Difficult, indeed, is the task of communicating in a word picture the dynamic essence of the role of the family therapist. For the purpose of organized description, however, his synchronized functions are itemized as follows:

1. The family therapist establishes a useful quality of rapport, empathy, and communication among the family members, and between them and himself.

2. The family therapist uses this rapport to catalyze the main kinds of conflict and coping. He clarifies the real content of conflict by dissolving barriers, defensive disguises, confusions, and misunderstandings. By stages, he moves toward a more accurate and mutual understanding with the family as to what is really wrong. This is achieved gradually through a series of partial therapeutic interventions:

a) The counteraction of inappropriate denials, displacements, and rationalizations of conflict.

b) The transformation of dormant, concealed interpersonal conflicts into open interactional expression.

c) The lifting of hidden intrapersonal conflict to the level of interpersonal interaction.

d) The neutralization of patterns of prejudicial scapegoating that fortify one part of the family while victimizing another part through the imposition of an excessive load of conflict, guilt, and fear.

3. The family therapist penetrates and undermines resistances, and reduces the intensity of shared currents of conflict, guilt, and fear. To accomplish this, he uses both confrontation and interpretation.

As therapist and family members together reach a consensus as to what is really wrong, they proceed to explore possible paths of correction.

4. The family therapist fulfils the role of a real parent figure, as a controller of interpersonal danger, as a source of emotional support and satisfaction, as a provider of emotional elements which the family needs but lacks. The latter function is a kind of substitutive therapy in which the therapist feeds into the emotional life of the group certain more appropriate attitudes, emotions, and images of family relationships which the family unit hitherto has not had. By these means he activates an improved level of emotional complementarity in family role patterns.

5. The family therapist serves as a personal instrument of reality-testing.

6. The family therapist serves as educator and personifier of useful models of family health.

Family psychotherapy begins instantly, with the moment of first contact. The therapist meets the family face to face. He makes instantaneous observations of the personalities of the family members, their ways of interacting, their adaptation to family roles. He notes the manner in which they enter and arrange their seats. Who sits next to whom? Who sits away from whom? Do they look at one another? Do they see, hear, and talk? What is the dominant mood, sentiment, or emotion, whether fear, hate, despair, or apathy? Do they blame, lash out, and punish one another? Do they engage in a fierce fight to the death? Do they become lost in arguing wrong and trivial issues or do they set up a rigid barricade of defense, influenced by their fear of loss of control over destructive feelings?

One observes two extremes, a dangerous outbreak of assaultive attack and recrimination, or the avoidance of this through progressive constriction of exchange and interpersonal alienation. Inevitably the end product is a dry, sterile, empty, routinized quality of family communication. Sometimes the

family oscillates between phases of unproductive or murderous silence, and outbreaks of uncontrolled fighting. Sometimes, too, there is a silent, though shared anxiety concerning a ghost in the family closet. The members tacitly conspire to avoid the family ghost. The issue here is: Do the family members respect valid kinds of privacy, or do they collaborate in the guarding of family secrets that are sickness-inducing? The family therapist must distinguish between healthy and valid family privacy and pathogenic family secrecy. He safeguards the former while supporting the family in an honest sharing and facing of the latter.

At another level, the family splits up into warring factions, one side engaging in prejudicial scapegoating of the other. The relevant questions are: Who enters the role of persecutor? Who is the victim? Who rises as potential protector of the scapegoat and as a healer of the family war?

At a typical session, the family arrives in a state of distress. It is in pain. The family as family has failed. The members are hurt, disillusioned, bitter. If one asks what is wrong, one gets an answer, but it is almost always the wrong answer. The members feel that something is deeply wrong, but they do not know how or why or what to do about it.

The family therapist observes the quality of appeal that the members project to one another and to himself. Who wants what from whom? Do they ask and expect satisfaction from one another, or do they defensively deny and disguise their needs? Do they simply give up, and in a mood of hostile apathy cease to ask anything of one another? Or do they express need in an urgent, desperate, and even insatiable way? Do they coerce satisfaction? At what emotional cost? To whom?

The family therapist notes the kinds of confusion, distrust, and hostile fragmentation of family relations. Who is allied with whom? Who is against whom? How do each of the competing family factions image the identity of family? What do they crave the family to be and to do for its members? In turn, what is each willing to do for the family group?

The family therapist moves quickly into the life space of the family. He asks himself in. The members take him into the family fold as a participant, a surrogate for parent or grandparent. His first responsibility is to energize a useful quality of empathy and communication, to arouse and enhance a live, honest, and meaningful emotional interchange. Figuratively speaking, he strives to lend to the contact the quality of a touching experience, a spontaneous and deeply genuine kind of communion. As the members feel in touch with him, they come into better touch with one another. Through the quality of the therapist's use of self, his open, earnest sharing of his own emotions, he sets an example for the desired quality of interaction among the family members.

The family therapist listens, to be sure, but he hears the important things better when he has established rapport. He stirs a more open and honest admission of hurts, disappointments, fears, and angers. He arouses the dormant hope of something new and better in family life. Stage by stage, as he strips away denials, displacements, rationalizations, and other disguises, the essential conflicts come into clearer perspective, conflicts between and within family members. Acting as catalyst, he evokes increasingly canded disclosure of dor-

mant currents of interpersonal conflict. He lifts intrapersonal conflicts to the level of interpersonal process. In a progressive working through of the elements of conflict, and through a process of consensual validation, significant connections can be traced between family disorder and the intrapsychic anxieties and disablements of individual members.

A further function of the family therapist is the neutralization of prejudicial assault and scapegoating. Through this mechanism, one part of the family armors itself, prejudicially attacks and sacrifices another part. By counteracting this special defense against anxiety, the therapist can retranspose the underlying conflict to its place of origin in the family group; that is, the conflict can be moved back to its primary source in the family war, conflict in the relations of male and female, conflict between parent and grandparent. In this phase of therapy, it becomes possible to identify the organization of the family roles of persecutor, victim of prejudicial scapegoating, and the further role of rescuer or healer of family conflict.

As family and therapist together identify the main trends of conflict and coping, it becomes necessary to mark out the interplay between family group defenses of its continuity and functions and individual defenses against anxiety. Toward this end, the therapist makes full use of the device of confrontation. By a variety of interventions, he penetrates and undermines the pathogenic patterns of coping and defense. He calls attention to the inefficiency, inappropriateness, and the harm of certain sickness-inducing defenses, and fosters the substitution of healthier ones.

The family therapist engages in a device which I call "tickling the defenses". He exposes and challenges hypocritical self-justifying patterns of defense. He challenges empty cliches and static, pat formulas for the problems of family living. He halts fruitless bickering over routine, external, or unimportant matters. Watchful for each cue, he undercuts the mouthings of trivia and reaches out for more honest and meaningful kinds of communication. In this connection, he makes special use of non-verbal aspects of communication, as manifested in mood, expression, posture, gesture, and movement. To counteract the tendency to substitute empty verbalisms for genuine emotional interchange, he confronts the family with conspicuous inconsistencies and contradictions as between verbal utterances and body expression. Catching the members by surprise in this way, he gets beneath and behind their emotional resistances. Through the discretionary use of this device, he tickles pathogenic defenses, uncovers the true feelings in body stance, facial expression, attitude and action, and is thus able to challenge unreal and impossible demands, fruitless vindictive omnipotent invasions of one member by another.

As this therapy proceeds, the sense tension and danger often mounts. The family experiences an increasing threat of loss of control. To deal with this, the therapist steers a path between the extremes of rigid advoidance of the dangers of closeness and an uncontrolled explosion of rage that might lead to panic and disorganization. Through his own calm, unafraid presence, he offers the needed assurance against family catastrophe.

The family therapist's function as a controller of interpersonal danger is but one phase of his role as a real parent figure. In this position, he executes other

functions: he offers security, emotional support, acceptance, understanding, affirmation of worth, and direct satisfaction of valid emotional needs; he catalyzes the interchange among the family members toward cooperation in the quest for solutions to conflict or toward finding more appropriate compromises. Along this path he activates a shift toward improved complementation of need.

As a real parent figure, the family therapist offers emotional support on a selective basis, now to one part of the family, now to another. He need not pretend any stiff-necked neutrality. He may in all honesty, and with considerable effectiveness, support a weaker member of the group against the attacks of a stronger one. In the long view, the genuineness of his concern, his fairness, and the manner in which, from time to time, he shifts support from one part of the family to another, minimize any destructive rivalry.

At still another level, the family therapist provides support through a kind of substitute gratification; that is, by supplying the family with elements of emotion, imagery of self and other in which the family, up to now, has been lacking. This is putting into the hopper of the emotional life those emotional ingredients necessary for a movement toward health in family role adaptation.

A most crucial function, indeed, is the family therapist's use of self as the instrument of reality-testing. The social structuring of the family interview, the face-to-face interactions, the increasing depth and honesty of the quality of interchange, offers a fertile matrix for reality testing of warped images of self and other, twisted perceptions of conflict and of the threat of punishment. In this sense, reality testing, fortified by the therapist's activity, begins at the outset. In the spontaneous give and take among the family members, each has the opportunity to offer a reality-check for the fantasies and anxieties of other members. What one hides is revealed by another. What one expresses in a twisted, prejudiced way may be counterbalanced by another. By testing against the therapist's more accurate perceptions, each family member has the opportunity to experience every other without the felt dangers of their distorted images. Each takes a second look at every other and the therapist, and readapts toward a more realistic image of self and the other members of the group.

Finally, the family therapist serves as an educator in the problems of family living and as a person who epitomizes in his own being a range of models of family health. As the family members work through what they feel, think, and do, the therapist stirs in them an expanded awareness of alternative patterns of family relationships. He shakes up the pre-existing alignments and splits, and opens the way to new designs for family living which offer more satisfaction and a greater potential for growth of the family as a whole. In a shared way, the family members are able to find constructive solutions or compromises of conflict, discover new levels of intimacy, sharing and identification.

In a troubled family group, there is an aggravated clash of competing identities and values. This is expressed in an ongoing contest of needs, identity and value representations between parental partners, which in turn can be traced to the links of identity and values of each parent with the respective families of origin. In this clash, the offspring are forced to take sides, and thus the nuclear family is split into warring factions. In such family war, each faction competes

with every other to push change toward what they want the family to be and do for the family members.

In this setting, family study and therapy have continuously a dual orientation: the dissolution of pathogenic conflict and fear, and support of residual forces toward health. The therapist fosters the internalization of his influence to support the direction of change toward health. He awakens respect for individual differences, affirms foundations for sharing and identification in family relationships. He facilitates the efforts of the group to balance sameness and difference, joining and individuation. He energizes and enriches the processes of critical assessment of family identity, goals and values, especially those that pertain to the essential family functions: the relations of husband and wife, mother and father, parent and child, child and sibling, parent and grandparent. Crucial to the entire effort is the breaking down of anxiety-ridden taboos against the discussion and sharing of basic family problems and conflicts. The changing processes of complementarity of family role relationships must be judged in the larger context of the total organization of the family group. By the merging of these many functions, as activator, challenger, supporter, interpreter, and reintegrator, the family therapist shakes up pre-existing prior equilibria and opens the way for a healthier realignment of family relationships.

Die Aufgaben eines Familientherapeuten

Nathan W. Ackerman

Innerhalb von 10 Jahren hat sich die Familientherapie als neuer Bereich der Forschung und Behandlung entwickelt. Die Familienpsychiatrie ist das Kernstück jeder zukünftigen Gemeinschaftspsychiatrie. Die Familienpsychotherapie muß in Zusammenhang mit der Psychoanalyse und der Gruppentherapie gesehen werden. Die Psychoanalyse war zunächst auf das neurotische Symptom, das Ergebnis eines unbewußten Konfliktes, gerichtet. Im Laufe der Zeit verlagerte sich das Interesse von der Symptomanalyse auf die Charakteranalyse, d. h. vom unbewußten Konflikt auf die Charakterstruktur, auf die Integration der Persönlichkeit und schließlich auf die Anpassung an die Gruppenumgebung. Symptombehebung und Lösung des unbewußten Konflikts sind nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit der Wiederherstellung eines integrativen Gleichgewichts der Persönlichkeit und ihrer Anpassung an die Umgebung. Die intrapsychischen Funktionen müssen mit der umgebenden Gruppe in Verbindung gebracht werden. Wir sehen uns konfrontiert mit der Ansteckung durch Angst und wechselseitigen Störungen zwischen Individuen, die zu einem bestimmten Lebensbereich gehören.

Die klassische Psychoanalyse ging stets von einer konstanten Umgebung aus, deren Verhalten vorhersehbar war, und konzentrierte sich auf die Analyse der Übertragung, die aus dem Kindheitskonflikt herrührte. Die Analyse war in Frage gestellt, wenn sich die Umgebung in nicht vorhersehbarer Weise änderte und sogar bedrohend wurde. In diesem Falle bleibt nur die Wahl zwischen der Ausklammerung der Umgebung oder der Einbeziehung der Umgebung in die Therapie. Im zweiten Fall ist dann der Therapeut sowohl mit der Person als auch mit der Realität einer bestimmten Umgebung konfrontiert, die unstabil ist und den emotionellen Bedürfnissen des Individuums kaum entgegenkommt. Oft ist der einzelne der Gefangene seiner gestörten Umgebung, die er weder verlassen noch ändern kann. Unter diesen Bedingungen wird der unbewußte Konflikt im Kampf mit der Umgebung externalisiert und agiert. Bestimmte Abwehrmechanismen wie magisches Denken, Projektion und Umsetzung der Angst in Aggression werden verstärkt.

Die Gruppentherapie, die vor und im 2. Weltkrieg entwickelt wurde, richtete ihr Augenmerk auf die fundamentale gegenseitige Abhängigkeit von Individuum und Gruppe, deckte die Mängel unserer Persönlichkeitstheorien auf und veränderte die Rolle des Therapeuten in der größeren Gemeinschaft. Hinzu kamen die Erfahrungen der Kinderpsychotherapie, in der der Therapeut eine reale Elternfigur ist. Die Erforschung der Familie verspricht Einsichten in die Beziehung zwischen Familien- und individueller Entwicklung, in die Weitergabe des pathogenen Konflikts von einer Generation zur anderen, in die vielfältigen wechselseitigen Störungen zwischen den einzelnen Familienmitgliedern. Diagnose und therapeutische Intervention sind untrennbar.

Ausführlich werden die Ziele der Familentherapie dargestellt. Die Rolle des Therapeuten ist außerordentlich vielschichtig. Er ist ein teilnehmender Beobachter, er beobachtet nicht nur aus Distanz, sondern greift auch direkt in die Interaktionen innerhalb der Familie ein, seine Rolle und seine Funktionen wechseln also ständig. Er unterstützt, reguliert, interpretiert und wirkt als Katalysator. Die Dynamik seiner Rolle besteht darin, daß er Kommunikation und gegenseitiges Verständnis fördert, die Konflikte herausarbeitet, Vorurteile und Widerstände aufhebt und daß er die Rolle einer Elternfigur ausfüllt. Dabei muß er zwischen einer gesunden und einer pathogenen Privatheit der Familie unterscheiden. Wenn im Laufe der Therapie es zu Spannungen kommt und Kontrollverlust droht, muß er einen Mittelweg zwischen der rigiden Vermeidung von Gefahren und der unkontrollierten Entladung der Wut finden.

Die Familientherapie hat zwei Ziele: Die Auflösung des pathogenen Konflikts und der Angst und die Unterstützung der noch verbliebenen gesunden Strebungen. Der Therapeut muß die angstbeladenen Tabus, die einer Diskussion und Bearbeitung der grundlegenden Familienkonflikte entgegenstehen, abbauen. Er regt eine kritische Beurteilung und Neubewertung der Familienidentität, ihrer Ziele und Werte sowie der wesentlichen Funktionen und Rollen in der Familie an.

Zur Psychodynamik von Tod und Trauer

Raoul A. Schmiedeck*

Gemessen an der Bedeutung, die der Tod für das menschliche Leben hat, findet sich in unserer psychiatrischen Ausrüstung erstaunlich wenig, das uns helfen würde, wenn wir ihm begegnen. Einen der Gründe dafür sieht Eissler [4] darin, daß der Tod vorwiegend von einem biologischen Standpunkt gesehen wird und daß diese einseitige Einstellung ein empirisch psychologisches Studium des Todes hindert. Nach ihm haben Psychiater und Analytiker selten Gelegenheit die Phänomene des Todes zu untersuchen, es sei denn in Anstalten, wo sie mit einer großen Zahl seniler und arteriosklerotischer Patienten in Berührung kommen. Gerade in Anstalten aber scheint die einseitige Einstellung zu überwiegen, von der Eissler spricht, und sie ist um nichts geringer bei Ärzten in anderen Spezialitäten, die sich täglich mit der Tatsache des Sterbens zurechtfinden müssen, und mit der Aufgabe es zu erklären und den Hinterbliebenen die Trauer zu erleichtern. Die Umstände unserer Arbeit können wohl nur eine oberflächliche Begründung abgeben für den scheinbaren Mangel an Interesse. Auch in unserem Beruf im engeren Sinne gibt es wenige Patienten, die uns nicht früher oder später zwingen, uns mit den Problemen des Todes und der Trauer auseinanderzusetzen. Wir sind schlecht auf diese Aufgabe vorbereitet, und es ist, als blieben wir, in diesem Bereich mehr als in jedem anderen, auf philosophische oder religiöse Überzeugungen angewiesen. Eine offene Diskussion des Sterbens und der Trauer trifft auf erheblichen Widerstand, beinahe als begäbe man sich auf ein Gebiet, das sakrosankt ist und das man nicht berühren sollte. Dieser Widerstand dient der Verleugnung des Todes. Verkleidet unter dem Mantel der Nächstenliebe mögen wir dazu tendieren, unsere Patienten nicht von der Gefahr zu informieren, die ihrem Leben droht, oder dazu die Nachricht vom Tod wichtiger Personen von ihnen fernzuhalten. Wir wissen nicht, was wir sagen sollen, und ziehen es vor zu schweigen. Die vorliegende Arbeit befaßt sich mit diesem Schweigen, genauer, mit den Schwierigkeiten, die wir als Psychiater haben, wenn unsere Patienten sich mit dem Tod eines Angehörigen oder Freundes zurechtfinden müssen – und mit den Fehlern, die wir dabei machen können. Eine Erfahrung, die ich zusammen mit vielen Patienten hatte, brachte mir selbst dieses Problem nahe. Ich möchte sie beschreiben und zum Ausgangspunkt der Diskussion nehmen.

Ich hatte zu dieser Zeit eine Station im Topeka State Hospital in Kansas mit sechzig männlichen Patienten, die diagnostisch so ziemlich alles repräsentierten, was man in einer großen Anstalt findet. Allerdings, ein Drittel der Gesamtzahl, etwa zwanzig Patienten, waren Jugendliche, und unser Behandlungsprogramm war weitgehend, wenn auch nicht ausschließlich, auf ihre Bedürfnisse ausgerichtet. Wir betonten das Selbstbestimmungsrecht der Patienten, machten weitgehenden Gebrauch von Patientenrat und hatten in einem Versuch, eine Familienatmosphäre herzustellen, kleine Gruppen organisiert, die aus jugendlichen und älteren Patienten bestanden [13]. Die zentrale Rolle in allen diesen Gruppen, und damit auf der Station, wurde von unserer Chefpflegerin gespielt,

* Ass. Clin. Prof. of Psychiatry, Yale Univ. Med. School.

einer 38jährigen Negerin. Sie war die Mutter der Station, während ich oder einer der anderen Ärzte die Rolle des Vaters übernahm.

Diese Pflegerin starb plötzlich an infektiöser Hepatitis. Wir riefen eine Versammlung aller Patienten und des Personals ein, wie wir das zu tun gewohnt waren für alle wichtigen Ereignisse, und in dieser Versammlung gab ich die Nachricht von ihrem Tod. Die Reaktion der Patienten – und auch mancher der Pfleger – kam in drei Stufen:

Zuerst ärgerliche Kritik, daß man sie hatte sterben lassen, dann ein Ausdruck von Gefühlen von Verlust, Verlorensein und Trauer, und schließlich ein Beschluß zu ihrem Begräbnis zu gehen. Es mag bezeichnend sein, daß ich mich nicht erinnern kann, von wem dieser Vorschlag ausging. Jedenfalls, er wurde gemacht, von der Familie der Toten akzeptiert, und zwei Tage später gingen die Patienten, alle Ärzte, Schwestern und Pfleger zu ihrem Begräbnis. Vier Pfleger trugen den Sarg. Das Begräbnis fand in einer Negerkirche statt, und für die meisten von uns war es das erste Mal, daß wir einem Negerbegräbnis beiwohnten*. In der Kirche wurde vom Chor und später von der Kongregation gesungen. Der Gesang war punktuiert mit rhythmischen „Amen", die Angehörigen weinten und lamentierten laut und begannen, die Tote zu rufen. Als Gesang und Schreien lauter wurden, wurde ich besorgt, daß der eine oder andere der Patienten dem Druck nicht würde standhalten können, der sich zunehmend bemerkbar machte.

Ich befürchtete einen unkontrollierten Ausbruch, vielleicht psychotischer Natur, der den Rahmen der Zeremonie sprengen würde. Gerade das Gegenteil geschah. Als der Rhythmus des Singens zunahm und mehr und mehr Leute zu weinen begannen, fielen auch die Patienten ein, und plötzlich fanden wir uns alle schluchzend und schüttelnd. Soweit ich sehen konnte, blieb niemand unberührt. Später, als der Sarg geöffnet wurde und einer nach dem anderen von uns an ihm vorbeiging, um einen letzten Blick auf die Tote zu werfen, hatte ich einen anderen ängstlichen Moment. Aber wieder ging alles gut. Wir verließen die Kirche in völliger Stille und fuhren im Autobus zurück zum Spital. Weder auf dieser Fahrt noch in den nächsten Wochen wurde diese Stille wesentlich gebrochen. Es war, als hätten die Patienten den Tod unserer Pflegerin akzeptiert und als wenn es nicht mehr viel über ihn zu sagen gäbe. Wir hatten befürchtet, daß ihr Tod zu ernsten Regressionen führen könnte, besonders auch, weil nicht lange vorher ein Patient auf der Station gestorben war und wir in der Folge eine ganze Reihe von Rückschlägen hatten. Nichts dergleichen geschah. Wir sahen kein verstärktes Zurückziehen, keine Depressionen und auch kein verwahrlostes Benehmen.

Ich möchte vorschlagen, daß wir, mehr durch Intuition als Überlegung, einen richtigen Weg gegangen sind. Wir haben getan, was kulturell üblich war, und sind durch eine intensive Form der Trauer gegangen, durch ein konzentriertes und anscheinend erfolgreiches Durcharbeiten des Verlustes. Ich habe wenig Zweifel, daß die besondere Form dieses Begräbnisses, eines Negerbegräbnisses,

* Alle Pfleger mit einer Ausnahme, aber nur ein Patient waren Neger. Ich möchte hier nicht auf die kulturellen Implikationen eingehen, obwohl ich glaube, daß sie von Bedeutung sind. Negerbegräbnisse sind ohne Zweifel intensiver, mehr direkt emotionell, als Begräbnisse in der weißen, protestantischen Bevölkerung.

zu diesem Durcharbeiten beigetragen hat, und ebenso, daß die Bindung fast aller Patienten und des Personals an diese Pflegerin eine besonders starke war und daß es dadurch zu einer emotionell so bedeutungsvollen Reaktion kam.

Ob unser Erlebnis ein einmaliges war, weiß ich nicht, aber ich würde annehmen, daß es eine Seltenheit darstellt, und es scheint mir, daß wir in einem wichtigen Punkt von der Einstellung abwichen, die in Anstalten traditionell ist: Wir behandelten in diesem Zusammenhang unsere Patienten nicht als Patienten, Statusunterschiede waren aufgehoben und die „Krankheit" war temporär suspendiert. Wir hatten ein klares und ausgesprochenes Übereinkommen, daß wir alle gleich waren in dieser Trauer und daß wir sie in der kulturell üblichen Weise zeigen würden. Etwas anders ausgedrückt könnte man sagen, daß das erfolgreiche Durcharbeiten dieses Verlustes durch zwei Bedingungen ermöglicht wurde: 1. Eine Berufung auf die reifsten Ichfunktionen, deren jeder Patient fähig war, und 2. ein Teilen unserer Gefühle und Sich-gegenseitig-Verstärken als Gruppe.

Wir stehen immer wieder vor der Aufgabe zu entscheiden, einer wie großen Belastung ein Patient zu einer gegebenen Zeit ausgesetzt werden kann, zu beurteilen, ob seine Ichstärke der Angst oder dem Schmerz wird standhalten können, der durch neues Material oder die Realität ausgelöst wird.

Bursten und D'Esopo diskutieren in ihrer Arbeit „Die Verpflichtung krank zu bleiben" die Rolle, die die Familie, das Spital und die Ärzte in diesem Prozeß spielen. Der Kranke und seine Familie finden sich in einem stabilen Gleichgewicht, das die Bedürfnisse aller Partner befriedigt, solange der Patient seine Rolle als Kranker beibehält. Im Spital wird häufig dieses Gleichgewicht verstärkt, denn auch dort erwartet man von Patienten, daß sie die Rolle des Kranken adoptieren. Man kann das besonders auf Stationen für chronisch Erkrankte sehen, wo der „gute" Patient derjenige ist, der sich eingefügt hat wie ein Möbelstück. Offiziell und oberflächlich wird die Forderung erhoben, daß der Patient sich bessern solle, aber durch ihre Einstellung lassen Ärzte und Personal den Patienten wissen, daß die Erfüllung normaler sozialer Verpflichtungen von ihm nicht erwartet wird, daß seine Krankheit „legitim" ist und daß in der Tat sein Zustand sich nicht verbessern darf, zumindest nicht so rasch wie möglich. Der Patient findet sich so im Konflikt zwischen zwei Verpflichtungen, auf bewußtem Niveau der, so rasch als möglich gesund und voll verantwortlich zu werden, auf unbewußtem Niveau der Verpflichtung ein Invalid zu bleiben und das etablierte und gehütete Gleichgewicht nicht zu stören [3]. Zusman ist noch kritischer in seiner Sprache: „In Anstalten für Geisteskranke erwartet man von Patienten nicht, daß sie auf irgendeine Weise funktionieren. Sie müssen keine Verantwortung für Selbstkontrolle übernehmen, müssen sich nicht selbst erhalten oder vollwertige Mitglieder einer sozialen Gruppe sein ... anders als der Patientengruppe ... Sie sind erheblichem Druck ausgesetzt „typische" Patienten zu werden und die üblichen Symptome zu entwickeln ... Sollte der Patient versuchen, sich als rationaler Erwachsener zu benehmen, z. B. seine eigenen Entscheidungen machen wollen, seinen Arzt sehen, wenn es ihn danach verlangt, oder sein eigenes Zimmer haben wollen ... wird er große Schwierigkeiten haben, sich verständlich zu machen, denn ... seine Umgebung erwartet normales Verhalten nicht von ihm und hat Schwierigkeiten, es ernst zu nehmen, wenn es gezeigt

wird." Im Verlauf seiner Arbeit wird Zusman etwas optimistischer und weist auf Beispiele aus jüngerer Zeit hin, wo Patienten Freiheit und Selbstbestimmungsrecht gegeben wird, aber er betont, daß häufig und im wesentlichen Spitäler noch immer mehr einer sozialen Funktion dienen als einer medizinischen und daß aus dieser sozialen Einstellung Psychiater die Krankheit verlängern oder verschlimmern mögen. Zusman spricht von dem „Syndrom des sozialen Zusammenbruchs", das verursacht wird, wenn man Patienten behandelt, als wären sie gefährlich, hoffnungslos und hilflos [15].

Ich neige dazu zu glauben, daß die Tendenz, den Patienten zu infantilisieren, nach wie vor recht weit verbreitet ist. Sie stammt aus der Einstellung, die in unserem sozialen Milieu und in der Anstalt prävalent ist, und wird von den Patienten geteilt. Auf das eigentliche Thema dieser Arbeit bezogen, könnte man sagen: Wenn es für den Gesunden in unserer Zeit und Gesellschaft schon so schwer ist, sich mit der Tatsache des Todes abzufinden und zu trauern, muß es noch viel schwerer sein für jemanden, der nicht volle Reife erlangt hat oder nicht im vollen Besitz seiner Funktionen ist, d. h. für Kinder und emotionell Erkrankte. Wir müssen diese gegen die Einwirkung einer solchen Krise beschützen und so tun, als ob es den Tod und die Angst vor ihm nicht gäbe und der Schmerz der Trauer vermeidbar wäre. Diese Formulierung entspricht mehr oder weniger dem, was die Gesellschaft von Ärzten zu erwarten scheint. Dem Arzt, neben dem Priester und dem Richter, ist eine ganz besondere Autorität zugewiesen. Er hält in seinen Händen die Entscheidung über Leben und Tod und wird, weil man eine solche Entscheidung nur der höchsten Autorität zumuten kann, für allwissend und allmächtig gehalten. Diese Phantasie, die einer Übertragung der infantilen Vaterimago entspricht, wird nicht nur von der Gesellschaft und Patienten geteilt, sondern auch von Ärzten individuell und als professionelle Gruppe. Sie ist weitverbreitet und tiefgehend. Nach Eissler „hat in unserer Zeit die Bereitwilligkeit, Funktionen der Selbstpräservation der Gesellschaft zu übergeben, ein Ausmaß erreicht, das selbst in der jüngsten Vergangenheit noch unglaublich erschienen wäre. (Die Erwartung ist) ... daß die Gesellschaft die Lücke füllen würde, die man geschaffen hat, und das (erlittene) Defizit wiedergutmachen. (Diese Einstellung ist reflektiert) ... in einem relativen oder völligen Mangel an Teilnahme im therapeutischen Prozeß" [4].

Jeder Psychotherapeut ist mit dieser Einstellung und ihrem Gegenstück, dem Glauben an die ärztliche Omnipotenz, vertraut. Beide machen sich in Übertragung und Gegenübertragung bemerkbar, und ihre Stärke kann an dem Widerstand gemessen werden, auf den man bei dem Versuch stößt, sie an die Wirklichkeit anzupassen. Ob man als Therapeut sich völlig von der Vorstellung der eigenen Omnipotenz freimachen kann, ist fraglich. Wahrscheinlich kann man es nicht, und es mag sogar sein, daß man dieses Glaubens bis zu einem gewissen Grade bedarf, um den nötigen Optimismus zu bewahren. Ich glaube, daß Psychiater und Analytiker in der Wahl ihres Berufes zum Teil von dem Wunsch motiviert werden, persönliche psychische Konflikte zu meistern, und daß in der Berufswahl des Arztes im allgemeinen ein ähnliches Bedürfnis nach Meisterung eine mehr oder minder wichtige Rolle spielt. Der Wunsch nämlich, Herr über das eigene Leben und damit über den eigenen Tod zu werden. Man kann sich schwer dem Schluß entziehen, daß bei Ärzten die Furcht vor dem

Tode besonders stark sein muß und daß sie in ihrer beruflichen Tätigkeit nach einer Lösung jenes Konfliktes streben, der zwischen dem Wissen um die Realität und Unvermeidbarkeit des Todes und der omnipotenten Phantasie der Unsterblichkeit besteht.

In „Zeitgemäßes über Krieg und Tod" schreibt Freud: „Wenn man uns anhörte, so wären wir natürlich bereit zu vertreten, daß der Tod der notwendige Ausgang alles Lebens sei, daß jeder von uns der Natur einen Tod schulde und vorbereitet sein müsse, die Schuld zu bezahlen, kurz, daß der Tod natürlich sei, unleugbar und unvermeidlich. In Wirklichkeit pflegen wir uns aber zu benehmen, als ob es anders wäre ... Der eigene Tod ist unvorstellbar ... und im Unbewußten (ist) jeder von uns von seiner Unsterblichkeit überzeugt" [5].

Nach Wahl fliehen wir vor der Realität unseres Todes mit „solcher Zweckbewußtheit und Zähigkeit, und verwenden dabei Abwehrmechanismen, die so offenkundig magisch und regressiv sind, daß es uns lächerlich erscheinen würde, wollten wir die selben Mittel im selben Ausmaß zur Abwehr auf irgendeinem anderen Gebiet menschlichen Konfliktes gebrauchen ... Jeder Versuch sich zu einem so hohen Grade auf magisches Denken und die Bildung von Wahnideen zu verlassen, selbst wenn er kollektiv unternommen wird, schafft Probleme für die psychische Gesundheit des Individuums sowohl wie der Gesellschaft ..." [14].

Die Frage, die sich damit für unsere Einstellung Patienten gegenüber erhebt und die wir beantworten sollten, scheint offenkundig. Unabhängig von der Rationalisierung, mit der wir unsere Position rechtfertigen, tragen wir zu einer Verminderung des Kontaktes mit der Realität bei, wann immer wir Abwehrmechanismen unterstützen, und erschweren dem Patienten die Aufgabe, sich mit dieser Realität auseinanderzusetzen und sich an sie anzupassen.

Freud fragt gegen Ende der oben zitierten Arbeit: „Wäre es nicht besser, dem Tod den Platz in der Wirklichkeit und in unseren Gedanken einzuräumen, der ihm gebührt, und unsere unbewußte Einstellung zum Tode, die wir bisher so sorgfältig unterdrückt haben, ein wenig mehr hervorzukehren? Es scheint das keine Höherleistung zu sein, eher ein Rückschritt in manchen Stücken, eine Regression, aber es hat den Vorteil, der Wahrhaftigkeit mehr Rechnung zu tragen und uns das Leben wieder erträglicher zu machen" [5].

In seinem Buch „The Psychiatrist and the Dying Patient" wird Eissler sehr deutlich: „Tod, in welcher Form immer er auftreten mag, ist immer ein psychologisches Ereignis ... Das Leben der menschlichen Spezies wird auf das Schwerste kompliziert nicht nur durch den Ödiuskomplex, sondern auch durch das Wissen um den Tod." Und „Volles Gewahrwerden des eigenen bevorstehenden Todes, Schritt auf Schritt, führt zur Reifung, zur größtmöglichen Individualisierung" [4].

Man könnte sagen, daß diese Gedanken über den Tod, im besonderen über den eigenen Tod, in unserem Zusammenhang nicht zu wichtig sind. Aber ich glaube, daß das ein unrichtiges Argument wäre. Denn es sind gerade die Gedanken über das eigene Ende, die letztlich in unserem Weg stehen, wenn wir anderen helfen wollen, sich mit der Realität des Todes zurechtzufinden, ob es sich um ihren eigenen handelt oder um den einer geliebten Person.

In der psychiatrischen Literatur wird die Angst vor dem Tode nicht selten als ein sekundäres Phänomen beschrieben, das auf die Kastrationsangst zurückzuführen ist [14]. Diese Auffassung mag eine berechtigte Erklärung für die spezifische Symptomatologie in dem einen oder anderen Fall abgeben, als eine Begründung für das allgemeine Phänomen der Angst vor dem Tod mutet sie einen aber mehr an wie ein weiterer Widerstand.

Daß wir den Tod anderer fürchten, weil wir in ihm die Erfüllung unserer Todeswünsche sehen, unterliegt wohl keute keinem Zweifel mehr. „Jeder Todesfall bringt die Implikation von Gewalt mit sich – d. h. von Mord" [4] und bei jeder Bedrohung des Lebens, bei jedem Tod „spielen ödipale Todeswünsche eine Rolle" [8]. Grotjahn setzt fort „... aber sie sind nicht die stärksten und störendsten Motive ... die gesunden Mitglieder der Familie werden angesichts der sterbenden mit Schuld reagieren, zum Teil, weil wir weiterleben, während sie sterben, zum Teil, weil wir in unserer Angst, sie sich beeilen lassen wollen auf den Weg, auf dem wir ihnen folgen werden – aber nicht heute."

Bevor ich mich dem Thema zuwende, auf das Grotjahn mit seiner letzten Bemerkung anspielt, möchte ich noch einen Punkt erwähnen, der in den Bereich von Aggression und Schuldgefühl gehört. Unser narzißtischer Wunsch, magische Kräfte zu haben, ist ein zweischneidiges Schwert. Während wir freudig daran glauben, daß er uns die Mittel gibt, unsterblich zu bleiben, zwingt er uns zur selben Zeit, die Verantwortung für unsere destruktiven Gedanken zu übernehmen [4], mehr noch, macht es glaubhaft, daß wir sie verwirklichen können.

Eissler und Grotjahn weisen beide auf ein Motiv hin, das mir für unsere Besprechung besonders wichtig erscheint, nämlich daß wir angesichts des Todes fürchten, unsere Identität zu verlieren: „Die Furcht vor dem Tode ist eine Furcht die Identität zu verlieren. Sie kommt einem Vernichtungsgefühl gleich, oder einem Gefühl Kontrolle über die äußere und innere Realität zu verlieren" [8]. Für Grotjahn ist der Verlust der Kontrolle über die innere Realität einem Sieg des Todestriebs gleichzusetzen. Nach ihm entwickelt das Ich zwei große Abwehrsysteme: „eines zum Schutz gegen die äußere Welt, wo Tod existiert, das andere zum Schutz gegen die innere Welt, wo ein anderer Tod angestrebt wird." Eissler folgt demselben Gedankengang (ohne spezifisch auf den Todestrieb hinzuweisen. Er tut das an anderer Stelle): „Wenn man plötzlich und ohne Warnung einen Menschen verliert, den man geliebt hat, hat man das Gefühl vor einer Welt zu stehen, die durch eine Mutation gegangen ist. Man verliert das Gefühl der Identität mit der Welt, zumindest für einige Zeit ... Das Gefühl, daß Vergangenheit und Gegenwart identisch sind, beinhaltet die unbewußte Überzeugung, daß sich diese Identität in die Zukunft erstreckt ... und beschützt so das Ich gegen die Furcht vor Vernichtung ... und die Angst vor dem Tod" [4].

Es scheint mir dies ein besonders wichtiger Punkt zu sein, der wesentlich zu einem Verständnis der Funktion der Trauer beiträgt und jener sozialen Institutionen, die die Gesellschaft zur Regelung der Trauerprozesse entwickelt hat. In dem Versuch, das Gefühl der Identität mit der Welt wiederherzustellen, muß die Gelegenheit, sich mit anderen, Lebenden, zu identifizieren, eine wichtige Rolle spielen. In unserem Beispiel, dem Begräbnis der Pflegerin, wurde diese Gelegenheit den Patienten geboten. Und sie wurde erweitert und verstärkt

dadurch, daß die Unterschiede aufgehoben wurden, die unter normalen Umständen Patienten und Personal distanzieren. Ich kann nicht umhin, an ein anderes Begräbnis erinnert zu werden, das etwa um dieselbe Zeit und in derselben Stadt in einer protestantischen Kirche in einer weißen Umgebung stattfand. Es war ein akut einsames Erlebnis, bei dem jeder von uns von dem anderen isoliert und mit seinen Gefühlen allein blieb. Ich weiß nicht warum das so war, auch diese Tote stammte aus demselben beruflichen Milieu und viele Mitglieder des Spitalpersonals nahmen an ihrem Begräbnis teil (allerdings keine Patienten). Es ist möglich, daß die puritanische Form des Gottesdienstes zu dem Gefühl der Isolierung beitrug und daß die Bindungen der Überlebenden an die Tote – und zueinander – schwächer waren, zumindest zu diesem Zeitpunkt.

„Ein Begräbnis ist ein soziales Ritual par excellence. Sein Objekt ist anscheinend der Tote, aber es nützt nicht dem Toten, sondern den Lebenden" (Firth, nach Mandelbaum, 10). Begräbnisse haben einen wesentlichen Anteil in der Einleitung der Trauer. Sie mögen sogar in traditioneller Weise ihren Verlauf bestimmen, und wenn sie nicht oder nicht in der festgelegten Form ablaufen, kann dies zu Störungen des Trauerprozesses führen, in Individuen sowohl wie in der Gemeinschaft.

Mandelbaum beschreibt die Begräbniszeremonie bei den Kotas, einem südindischen Stamm, die mehrere Wochen dauert und an der das ganze Dorf teilnimmt. Sie ist Schritt für Schritt festgelegt und bietet ausreichend Gelegenheit, den erlittenen Verlust durchzuarbeiten. Sie betont die Zusammengehörigkeit der Familie und des Stammes, erinnert jedes einzelne Stammesmitglied an seine Stellung in der sozialen Rangordnung und gibt ihm so neuerlich das Gefühl der Geborgenheit innerhalb der Gemeinschaft. In anderen Gesellschaften sind die Begräbniszeremonien kurze, private Affairen, die schnell vorbei und am besten vergessen sind. Die amerikanischen Hopi z. B. verabscheuen die Idee des Todes und fürchten die Verstorbenen. Während es sein mag, daß bei diesem Stamm die Hinterbliebenen ihren Verlust genauso stark verspüren wie Trauernde in anderen Gesellschaften, geben sie davon keine äußeren Zeichen. Weinen wird nicht gefördert, die Einstellung der Hopi ist vielmehr, daß man, wenn man schon weinen muß, es besser allein tut [10].

Es scheint, daß die Begräbniszeremonien und Rituale, die man in verschiedenen Gesellschaften findet, die gängige Einstellung dem Tod gegenüber reflektieren. Was immer ihre Form ist, und wie erfolgreich sie ihren Zweck erfüllen mögen, dieser Zweck scheint es immer wieder zu sein, die Prozesse der Trauer einzuleiten und mehr oder minder weit zu führen, den Hinterbliebenen Identifikation mit den Lebenden zu ermöglichen und mit den traditionellen Institutionen der Gesellschaft, z. B. der Rangordnung, die nicht der Vergänglichkeit unterworfen sind. In anderen Worten, die Begräbniszeremonie zielt darauf hin, die Furcht vor dem Tode zu mildern und die Kontinuität des Lebens zu betonen. Verschiedene Begräbniszeremonien werden diesem Zweck mehr oder weniger gut genügen. An einem Ende des Spektrums scheinen sie im wesentlichen auf einer Verleugnung des Sterbens zu basieren, wenig entwickelt zu sein und kaum wirkungsvoll, am anderen Ende sind sie detailliert und umfassend und bieten weite Möglichkeiten zur Anpassung. In der modernen amerikanischen Gesellschaft ist das Verhalten zum Tod weitgehend deritualisiert. Es besteht

keine klare Tradition, die Hinterbliebenen wissen oft nicht, was sie tun sollen, und nach der typischen Periode von Schock und Disorganisation finden sie wenig Hilfe in dem Versuch der persönlichen Reorganisation [10]. „... Trauer wird nicht gezeigt* und zur Aufmerksamkeit gebracht ... obwohl die Trauer ein Zustand tiefstgehender Veränderungen im Ich ist und ein bedeutender Teil des Ichs, zumindest temporär, zerstört wurde, aber der Prozeß der Trauer den früheren Zustand des Ichs wiederherstellen kann ... Man erwartet vom modernen Menschen, daß er durch den gelegentlichen Verlust eines Liebesobjekts nicht in seinen sozialen Funktionen gestört wird ..." [4]

Nach Freud erscheint „die Trauer über den Verlust von etwas, das wir geliebt oder bewundert haben, dem Laien so natürlich, daß er sie für selbstverständlich erklärt" [6]. Sie „hat eine ganz bestimmte psychische Aufgabe zu erledigen, sie soll die Erinnerungen und Erwartungen der Überlebenden von den Toten ablösen. Ist diese Arbeit geschehen, so läßt der Schmerz nach, mit ihm die Reue und der Vorwurf und darum auch die Angst ..." [7]. Bowlby betont die Disorganisation der Persönlichkeit, die in Reaktion auf den Tod eines Liebesobjektes stattfindet, und sieht die Trauer als einen Prozeß der Rekonstruktion. Er unterscheidet drei Phasen der Trauer: Protest und Ärger, Hoffnunglosigkeit und ein Überhandnehmen der Gefühle des Verlustes und Verlorenseins und schließlich, ein Distanznehmen und Sichabsetzen. Den Ärger und die Aggression der ersten Phase sieht er als eine Reaktion gegen jene, die verantwortlich gehalten werden für den Verlust, und gegen alles, was eine Reunion verhindert. Damit auch gegen das verlorene Liebesobjekt [1]. Pollock stimmt im wesentlichen mit Bowlby überein und weist spezifisch darauf hin, wie häufig der Ärger auf Ärzte und Spitalpersonal übertragen wird [12].

In ihrer Arbeit „Beobachtungen über die Angst vor dem Tod bei fatal erkrankten Kindern und ihren Müttern" beschreiben Natterson und Knudsen als erste und unmittelbare Reaktion der Mütter eine intensive Verleugnung der fatalen Natur der Erkrankung. In den folgenden Wochen und Monaten gehen diese Mütter durch einen vorbereitenden Prozeß der Trauer, in dem sie zuerst inaktiv werden und dann versuchen, die Drohung des Todes durch Sublimation zu meistern. Sie werden zu besonders guten Pflegerinnen ihrer eigenen Kinder, aber später auch anderer. Allmählich wird ihre libidinöse Kathexis weniger persönlich und ihr Interesse beginnt, sich auf die allgemein medizinischen Aspekte der Erkrankung zu erstrecken [11]. Die Folge von Ichdisorganisation und gradueller Rekonstruktion ist offenkundig.

Häufig scheint eine intensiv empfundene Trauer, eine bewußte Begegnung mit dem Tod und ein schrittweises Durcharbeiten des Verlustes nicht nur zu einer Rekonstruktion der Persönlichkeit zu führen, sondern zu einer Reifung und Reorganisation auf höherem Niveau [1], [4], [11], [12], [14]. In einem Panelbericht der Amerikanischen Psychoanalytischen Vereinigung kommen mehrere Autoren zu demselben Schluß. Sie betonen, wie oft Mechanismen der Verleugnung, Überkathexis in Phantasie und „Agieren" sich kombinieren, um die Realität des Verlustes zu vermeiden und damit zu einem Fehlschlagen der

* Man möchte in diesem Zusammenhang bemerken, daß es die Tradition, Trauerkleidung zu tragen, die in Europa und in katholischen Ländern noch weit verbreitet ist, in Amerika kaum gibt.

Trauerarbeit führen. Unkomplette und ungelöste Trauerreaktionen aber machen die Wiederverteilung der Libido unmöglich [9].

Allerdings wird sich immer wieder die Frage erheben, ob die nötige Trauerarbeit nur von einem starken Ich durchgeführt und durchlitten werden kann. Darauf gibt es keine generelle Antwort, aber diese Frage ist nicht prinzipiell verschieden von jener, die für das Durcharbeiten jedes Konfliktes gilt. In individuellen Behandlungen, Psychotherapie oder Psychoanalyse, sollte ihre Beantwortung leichter sein, weil man über ein großes Maß an Information verfügt, die Fluktuationen der Ichstärke im Verlauf der Zeit abschätzen kann, die eigenen Widerstände kennt und weil die Behandlung selbst für eine Kontinuität des Lebens steht. Wenn es sich nicht um einen so engen Kontakt handelt und mehr um eine generelle Einstellung, wird die Beantwortung schwieriger, und man wird eher zum Opfer seiner sozialen und persönlichen Vorurteile und Ängste. Es scheint mir aber doch, daß eine solche Differenzierung nur beschränkte Gültigkeit haben sollte. Brodsky beschreibt die Erinnerungen einer Patientin: „wenn sie nachts im Bett lag, hatte sie ein Bild vom Tod in der Form einer Unfähigkeit familiäre Geräusche zu hören. Sie konnte in der Dunkelheit nicht sehen, und nicht sehen hieß sterben. In ihrer Angst hielt sie Ausschau nach den Lichtflecken, die auf der Decke und an den Wänden spielten. Die Bewegung des Lichtes bedeutete, daß sie noch am Leben war und im Kontakt mit der Welt“ [2].

Kinder stellen nicht Sehen und nicht Hören dem Tod gleich, Tiere kennen als letztes Schutzmittel gegen einen drohenden Aggressor den Totstellreflex, und wir sprechen davon, ein Problem, das uns zu viel Angst bereitet, „totzuschweigen“. Ich kann mich der Vermutung nicht erwehren, daß es sich im Prinzip um dieselbe Reaktion handelt, nur auf verschiedenen Niveaus. In der therapeutischen Einstellung des Psychiaters, die von seiner allgemeinen nicht zu trennen ist, zumindest nicht, wenn es sich um ein so tiefgehendes Trauma handelt wie den Tod und eine so normale Reaktion wie die Trauer, kann Vermeidung zu einer iatrogenen Schädigung werden. Es ist nie ungefährlich, in der Beurteilung der Ichstärke in optimistischer Richtung zu irren, aber es hat den Vorteil, daß man dabei an die reifsten Anteile des Ichs appelliert, sich als Beispiel zu einer Identifikation anbietet, die man wünscht, und den Kontakt mit der Realität bewahrt. Man hat das abzuwägen gegen die Wirkung, die die Bewegungslosigkeit, das Abwenden und die Stille mit sich bringen.

Literatur

[1] Bowlby, J. (1961): "Processes of Mourning." *Int. J. Psycho-Anal.*, **42.**
[2] Brodsky, S. (1959): "The Selfrepresentation, Anality, and the Fear of Dying." *J. Amer.Psa. Assn.*, **7.**
[3] Bursten, B. & D'Esopo, R. (1965): "The Obligation to Remain Sick." *Arch. Gen. Psychiat.*, **12.**
[4] Eissler, K. R. (1955): *The Psychiatrist and the Dying Patient.* (New York: Int Univ. Press.)
[5] Freud, S.: *Zeitgemäßes über Krieg und Tod.* (Gesammelte Werke, Vol. 10.)
[6] —: *Vergänglichkeit.* (Gesammelte Werke, Vol. 10.)
[7] —: *Totem und Tabu.* (Gesammelte Werke, Vol. 9.)
[8] Grotjahn, M. (1960): "Ego Identity and the Fear of Death and Dying." *J. Hillside Hosp.*, **10.**

[9] Levin, S. (1966): "Depression and Object Loss." *Panelreport J. Amer. Psa. Assn.*, **14.**
[10] Mandelbaum, D. (1959): "Social Uses of Funeral Rites" in Feifel, H. *The Meaning of Death.* (New York: McGraw-Hill.)
[11] Natterson, J. M. & Knudsen, A. G., Jr. (1960): "Observations Concerning Fear of Death in Fatally Ill Children and Their Mothers." *Psychosom. Med.*, **22.**
[12] Pollock, G. H. (1961): "Mourning and Adaption." *Int. J. Psycho-Anal.*, **42.**
[13] Schmiedeck, R. A. (1961): "A Treatment Program for Adolescents on an Adult Ward." *Bull. Menn. Clin.*, **25.**
[14] Wahl, C. W. (1958): "The Fear of Death." *Bull. Menn. Clin.*, **22.**
[15] Zusman, J. (1966): "Sociology and Mental Illness." *Arch. Gen. Psychiat.*, **15.**

The Psychodynamics of Death and Mourning

Raoul A. Schmiedeck

Death has always been seen from a predominantly biological point of view and there has been a lack of studies on the psychological attitude toward death and mourning. Physicians, including psychiatrists, are ill-prepared for the task of dealing with the emotional problems surrounding death and are in danger of falling back upon philosophical and religious convictions of a personal nature. Open discussion of death and mourning meets with considerable resistance, and often with silence. This attitude of silence, the avoidance of the dilemma, is examined in this paper, starting with the description of the funeral of a psychiatric aide which was attended by both, patients and staff. It was a deeply moving experience and an opportunity for concentrated and successful working through of the loss. There were no serious sequelae on the part of the patients. In this experience the customary ways of mourning had been followed, but there were two additional factors which contributed essentially to the outcome: differences in status between patients and staff, and the concept of "illness" were temporarily suspended, and there was an explicit agreement to share feelings and offer mutual support as a group.

In mental (and other) hospitals there frequently exists an equilibrium based on the expectation that the patient assume and sustain the "sick role". Mental patients are not called upon to function in "normal" ways, on the contrary, a good deal of pressure is exerted upon them to conform to typical patient behavior. This "syndrome of social breakdown" makes the mentally ill appear more helpless and hopeless than they really are. The tendency to infantilize patients is widely spread. We feel we have to protect them against the impact of serious crises and we often behave as if death and the fear of death did not exist, and the pain of mourning could be avoided.

Society places in the hands of the physician the authority over life and death, and in fantasy sees in him a representation of the omnipotent infantile father image. It readily surrenders to him selfpreservative functions and expects of him that he will fill the gaps fate has created. In part, this fantasy is shared by physicians and therapists. More often than not their own conflict over death is serious, and it is quite possible that in their choice of profession they attempted to strive for a resolution of this conflict between the knowledge of the reality and unavoidability of death and the omnipotent wish for immortality.

Death is indeed unimaginable, and in our attempts to deny it we rely heavily on magical thinking and delusion formation, so much so that at times we may contribute to a lessening of contact with reality in our patients and may complicate for them the task of mourning and adapting.

Death is always a psychological event, and life is complicated by the knowledge about one's own death. Full awareness of its unavoidability however, leads to maturity and

the greatest possible individualization. The more realistic a therapist's view of death, including his own, the greater his ability to help his patients cope with the reality of and end to life, be it their own or someone else's.

The fact of death has been traced to castration anxiety and to the guilt over fulfilment of death wishes, more important in our context, to a loss of one's sense of identity. This sense, the feeling namely, that past and present are identical, implies the conviction that the same identity will extend into the future. Confrontation with death abolishes this conviction temporarily and creates in the ego a fear of annihilation. The social institutions society has developed for the regulation of the mourning process attempt to reestablish the feeling of identity and of the projection of life into the future. Funerals are social rites which benefit not the dead but the living. They do so by stressing the cohesiveness of the members of a family, a hierarchy or any other social group, thus emphasizing the continuity of life, and by reinforcing traditional beliefs which are not transitory. If successful they have initiated and guided the mourning processes whose function it is to adapt to the loss and to restore the ego to its previous or a higher level of functioning.

In the treatment of patients a judgement has to be made as to how much of the burden of the work of mourning an already weakened ego can assume. But this judgement is not basically different from other judgements about the ability to work through conflicts. It may be relatively easy to arrive at in long-term individual psychotherapy, last but not least, because this kind of treatment is in itself representative of the continuity of life. However, an attitude of fully facing the loss and of reliance on healthy and mature ego aspects is essential in any kind of therapeutic contact. Least of all in an area which concerns as profound a trauma as death, and as normal a reaction as mourning, can the physician afford to have his general attitude separated from his therapeutic one. Avoidance of the emotional crisis surrounding death can amount to iatrogenic injury because the therapist's "silence" means that one does not insist on full recognition of reality, offers less of an example for identification, and lastly and on a deeper level, that life has also ended in the therapeutic relationship.

Hochschulpsychiatrie

Die ärztlich-psychologische Beratungsstelle für Studierende der Universität Göttingen

1. Aufbau

Die Beratungsstelle besteht seit dem 1. 4. 1966. Pläne für diese Einrichtung waren bereits früher gefaßt worden, als eine – wahrscheinlich zufällige – Häufung von Suiziden bei Studenten dem Problem eine stärkere Aktualität verlieh. Die Initiative für die Gründung der Göttinger Beratungsstelle geht auf Professor Dr. J.-E. Meyer (Psychiatrische Klinik) und die Gestaltung im wesentlichen auf Univ.-Doz. Dr. E. Sperling zurück.

Es wurde von vornherein angestrebt, der Beratungsstelle eine weitgehend unabhängige selbständige Stellung innerhalb der Universität zu geben. Sie ist deshalb keiner Fakultät zugeordnet, sondern untersteht der Fachaufsicht eines Beirats, der sich aus den Ordinarien für Psychiatrie und Psychologie sowie einem juristischen Ordinarius zusammensetzt. Dieser Beirat entscheidet in Personalfragen, nimmt aber sonst auf die praktische Arbeit der Beratungsstelle so gut wie keinen Einfluß. Äußerlich ist die Unabhängigkeit der Stelle dadurch gegeben, daß sie in einer Etage eines von der Universität gemieteten Hauses im Stadtgebiet untergebracht ist, also nicht im Bereich einer Klinik oder eines anderen offiziellen Universitätsgebäudes.

Die Beratungsstelle wurde in den ersten zwei Jahren ihres Bestehens durch finanzielle Mittel getragen, die dem Land Niedersachsen von der Stiftung Volkswagenwerk zur Verfügung gestellt worden waren. Nach Ablauf dieser Frist soll die Einrichtung in den allgemeinen Hochschuletat aufgenommen werden. Die Mittel der Beratungsstelle werden von der Verwaltung der Universitätskliniken betreut. Alle Leistungen (mit Ausnahme der analytischen Gruppentherapie) werden über Krankenscheine abgerechnet.

Seit ihrer Eröffnung sind in der Beratungsstelle zwei hauptamtliche Mitarbeiter tätig: Univ.-Doz. Dr. E. Sperling, Facharzt für Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie und Dipl.-Psych. J. Jahnke. Eine Sekretärin ist ebenfalls hauptamtlich beschäftigt. Von Anfang an wurde versucht, interessierte Studenten höherer Semester und verwandter Disziplinen (Medizin, Psychologie, Soziologie), die z. T. in psychotherapeutischer Ausbildung stehen, für die freiwillige Mitarbeit zu gewinnen. Besonders in der Einzelfallhilfe nach Art des social-case-work hat sich diese Mitarbeit u. E. sehr bewährt, vor allem dadurch, daß Studenten in stress-Situationen (z. B. Examen) mit der Beratungsstelle dauernd in Kontakt blieben. Gefährdete Studenten konnten zu Hause aufgesucht werden, ohne daß durch diese Besuche der Eindruck des Zwanges vermittelt wurde. Schließlich hat sich diese Methode auch gerade bei ausländischen Studenten durch ihre besonders unbürokratische Form bewährt.

Außerdem ist der Beratungsstelle eine soziologische Forschungsgruppe assoziiert, die, unterstützt von der DFG den „gesellschaftlichen Hintergrund psychischer Störungen bei Studenten" untersucht. Auch über diese Studie hinaus hat sich die Zusammenarbeit mit Soziologen bei der Planung, Dokumentation und bei der Diskussion von Hochschulstrukturproblemen im Zusammenhang mit den Aufgaben der Beratungsstelle als sehr nutzbringend erwiesen. Schließlich werden im

Rahmen von Dissertationen spezielle Aspekte der psychischen Situation von Studenten gesondert untersucht: Examensprobleme, das Suizidproblem, die Psychosomatik usw.

2. Tätigkeit

Ähnlich wie entsprechende Einrichtungen gelangte auch die Göttinger Beratungsstelle durch rasch steigende Patientenzahlen bald an die Grenze ihrer therapeutischen Kapazität. Hatte man zunächst erwartet, als eine Art Verteilerstelle mit nur begrenzter eigener therapeutischer Aktivität fungieren zu können, so mußte man doch sehr bald feststellen, daß – obwohl die Voraussetzungen für eine solche Überweisungspraxis in Göttingen außerordentlich günstig zu sein schienen (Psychiatrische Klinik, Psychotherapeutisches Fachkrankenhaus Tiefenbrunn, mehrere frei praktizierende Therapeuten) – diese bei weitem nicht ausreichten, um die Behandlungsnachfrage auch nur annähernd zu befriedigen. Vielfach kamen Patienten nach kürzerem stationären Aufenthalt wieder zu uns, um die Behandlung ambulant fortzusetzen. Hinzu kommt ein qualitatives Argument: die Überweisung selbst kann in vielen Fällen ausgesprochen problematisch sein. Wenn wir überweisen, was wir in etwa 10 % der Fälle tun, so in der Regel nie sofort, sondern erst dann, wenn der Patient diesen Schritt mitvollziehen kann, m. a. W. er muß wissen, wohin er geht. Sonst könnte man nur die Erfahrungen aller Überweisungspraxen bestätigen, daß der Patient zwar weggeschickt wird, aber oft nicht ankommt.

Die rasche Expansion zwang dazu, das Behandlungsangebot der Stelle möglichst aufnahmefähig und vielseitig zu gestalten. Es wurde versucht, spezielle Indikationen für bestimmte Störungsstrukturen und -symptome zu erarbeiten. Hierfür werden spezielle gruppen- und einzeltherapeutische Verfahren angewandt:

a) Gruppentherapie

Die Gruppen-Psychotherapie wird unter analytischer Orientierung durchgeführt, einmal als offene Gruppe mit stetiger Fluktuation sowie unter bestimmten Voraussetzungen – fortgeschrittene Patienten mit zwingendem eigenen Bedürfnis bei Einsicht in die Psychogenese – über einen begrenzten Zeitraum als geschlossene Gruppe. Die offene Gruppentherapie hat naturgemäß mehr psychagogischen Charakter; die Teilnahme ist gewöhnlich von vorbereitenden Gesprächen unter motivationspsychologischen Gesichtspunkten abhängig. Der Gruppentherapie messen wir besonders im Hinblick auf den Sozialisationsprozeß von oft erheblich vereinsamten Studenten eine große Bedeutung bei. Das Problem der Vereinsamung scheint gerade für die Situation an den deutschen Hochschulen relevant zu sein, im Gegensatz etwa zur sozialen Situation in den USA, wo die Fähigkeit zum social contact auch bei schwergestörten Studenten selten beeinträchtigt ist, wie Erfahrungen mit amerikanischen Austauschstudenten in Göttingen gezeigt haben.

b) Einzeltherapie

Bei den einzeltherapeutischen Maßnahmen wird angesichts der großen Patientenzahlen und der Vielfalt der Störungsbilder eine breite Skala von Behandlungsmethoden angestrebt: symptomzentrierte Kurztherapie mit analytischer oder client-centered-Orientierung, auf Studientechniken bezogene Beratungen, ver-

haltenstherapeutische Verfahren und autogenes Training. Pharmakotherapie findet nur sehr beschränkt Anwendung, da hiermit die Gefahr des bloßen Zudeckens von Symptomen verbunden ist ohne eine Analyse der eigentlichen Ursachen der Störung. Es geht bei der Behandlung nicht um eine kurzgeschlossene Eliminierung von Symptomen, sondern ihr Sinn ist die Ingangsetzung eines Auseinandersetzungsprozesses. So wird bereits mit dem Erstinterview versucht, eine Einsicht in die Psychodynamk der Störung zu vermitteln und aufzudecken.

Neben der Arbeit mit den Patienten, jedoch stets in bezug darauf, versucht die Beratungsstelle, Probleme und Erfahrungen aus dem Umgang mit den Studenten dem Lehrkörper der Universität an Diskussionsabenden weiterzugeben (bisher wurden folgende Themen behandelt: Suicid-Problem, Arbeits- u. Leistungsstörungen, das Bemerken von psychischen Störungen, Hochschuldidaktik). Diese Maßnahme scheint uns äußert notwendig zu sein, denn eine therapeutische Neutralität ist zwar insofern sinnvoll, als es nicht Aufgabe der behandelnden Ärzte und Psychologen sein sollte, dem Patienten die Lösung seiner Probleme und Konflikte abzunehmen, sie würde jedoch zum starren Prinzip ohne einsehbaren Sinn und wäre das Produkt einer ideologischen Klammerung an das Realitätsprinzip, wenn sie die Hochschule in ihrer derzeitigen Struktur nur als Wirklichkeit verstehen würde, an die es sich anzupassen gilt. Auch die Beratungsstelle kann einen wichtigen Beitrag zur Hochschulreformdiskussion und zur Hochschuldidaktik leisten, und das um so mehr, weil sie ständig bei ihrer Arbeit auf Konfliktbereiche der Hochschule aufmerksam wird. Die Beteiligung des Lehrkörpers an solchen Diskussionen ist allerdings bislang noch äußerst gering; überdies handelt es sich bei denjenigen, die kommen – es scheint sich ein Kreis von etwa 50 Interessenten herauszukristallisieren –, um die ohnehin reformfreundlich eingestellten Vertreter, die sich auch bei anderen Gelegenheiten in der Hochschuldiskussion als progressiv erwiesen haben.

Schließlich sah es die Beratungsstelle als ihre Aufgabe an, studienspezifische Arbeitstechniken zu vermitteln; in Form von Kursen für Hörer aller Fakultäten werden Arbeitsschwierigkeiten als lernpsychologische Probleme diskutiert. Es werden Kenntnisse und Informationen gegeben, die für das individuelle selbständige Arbeiten bedeutsam sind. Pro Semester werden zur Zeit zwei Gruppen von je ungefähr 15 Teilnehmern gebildet.

3. Besucherfrequenz

Erwartungsgemäß stieg die Klientenzahl mit jedem Semester weiter an. Dabei blieb allerdings die Zahl der Neuanmeldungen pro Semester relativ konstant, was mit der Kapazität der Stelle und den Wartezeiten zusammenhängen mag.

SS 66: 121 Personen
WS 66/67: 123 Personen
SS 67: 120 Personen
WS 67/68: 126 Personen

Insgesamt in 2 Jahren also 490 Klienten (bei etwa 10 000 Studierenden in Göttingen).

Die steigende Patientenzahl ist durch den jeweiligen „Überhang" aus vorhergehenden Semestern bedingt; darin zeigt sich die Konsequenz längerdauernder

Therapieverläufe (nur eine Zahl: im 2. Jahr der Beratungsstelle vom 1. 4. 1967 bis 31. 3. 1968 waren noch 40 Patienten, also ein volles Drittel der Patienten aus unserem 1. Semester in Behandlung bzw. Betreuung).

So ergibt sich kumulativ eine steigende Patientenzahl für jedes Semester. Die folgende Tabelle gibt an, wie viele Patienten überhaupt im jeweiligen Semester mit uns Kontakt hatten (Neuanmeldungen + „Überhang").

SS 66: 121 Personen
WS 66/67: 185 Personen
SS 67: 208 Personen
WS 67/68: 229 Personen

Eine über diese grobe Aufstellung hinausgehende differenzierte Statistik nach einzelnen Symptomen und diagnostischen Befunden scheint uns z. Z. noch nicht möglich zu sein. Es liegen einige Berichte von Beratungsstellen vor, die auf diese Weise Auskunft über ihre Patienten geben. Daran ist allerdings immer wieder die Abhängigkeit der diagnostischen Kategorienbildung von der Ausbildung des jeweiligen Diagnostikers unbefriedigend. Häufig werden Begriffe aus der Psychiatrie oder einer psychoanalytischen Schule verwendet, ohne daß zuvor deren Brauchbarkeit für eine spezielle alters- und bezugsgruppenspezifische Population überprüft worden wäre. Wenn z. B. der überwiegende Teil der Patienten als „neurotisch" eingestuft wird, so käme es weniger auf diesen Begriff als vielmehr auf seine spezielle Differenzierung an. Schließlich scheint uns nach den bisherigen Erfahrungen die Frage des Symptomwandels unter dem Einfluß der Behandlung sehr bedeutsam zu sein, und damit steht wiederum die Fragwürdigkeit einer Statistik von geäußerten Initialsymptomen in engem Zusammenhang. Angesichts dieser Probleme wäre eine Vereinheitlichung oder zumindest eine Annäherung der Kategorienbildungen auf diesem Gebiet anzustreben. Das setzt zum einen eine intensive Kommunikation einschließlich des Austausches von Behandlungsergebnissen zwischen den verschiedenen Stellen voraus, die mit diesen Problemen beschäftigt sind, und zum anderen erfordert es eine umfangreiche und systematische Forschung, die u. U. auch auf benachbarte Gebiete, z. B. Soziologie, Sozialpsychologie usw., ausgedehnt werden müßte.

Wir sind derzeit damit befaßt, die ersten zwei Jahre unserer Beratungsstellendokumentation auszuwerten. Wir hoffen dadurch zu weiteren Klassifizierungen und Ordnungsgesichtspunkten zu kommen. Grundlage dieser Dokumentation ist ein ausführlicher Fragebogen, in dem wir von jedem Klienten biographische und sozialstatistische Daten sowie Auskünfte über die Studiengebiete und den Studiengang erheben. Diese Informationen werden in einer Randlochkarte gespeichert, die auch einen kurzen Symptomkatalog enthält. Die Auswertung dieses Materials ist inzwischen zu einem besonderen Arbeitsgebiet innerhalb der Stelle angewachsen. Die Ergebnisse sollen nach Abschluß der Arbeiten gesondert publiziert werden.

4. Diskussion

Die Göttinger Beratungsstelle ist zwar für deutsche Verhältnisse von der Planung her gesehen einigermaßen großzügig konzipiert, doch zeigte sich bereits nach kurzer Zeit, daß für optimale Arbeitsbedingungen weitere Stellen für haupt- und nebenamtliche Mitarbeiter unbedingt notwendig sind. Unter den

jetzigen Bedingungen lassen sich oft längere Wartezeiten nicht umgehen. Die psychologische Beratung wie auch die psychotherapeutische Behandlung machen besondere Arbeitsstrukturen und Zeitdimensionen notwendig, in deren Zentrum immer der einzelne Patient stehen sollte. Für die Göttinger Situation bedeutet das, daß sich die beiden Mitarbeiter der Stelle immer nur einer sehr begrenzten Zahl von Patienten in dem intensiven Maße widmen können, wie das erforderlich ist. Unter psychoanalytischen Gesichtspunkten implizieren diese Schwierigkeiten ein besonderes Problem der Gegenübertragung, wenn sich immer wieder die Frage nach der Überfüllung und Überbeanspruchung stellt und die Übersicht und persönliche Kenntnis der Patienten verlorenzugehen droht, ganz abgesehen von der Schwere der neurotischen Störungen.

Die Hauptaufgabe einer studentischen Beratungsstelle sehen wir darin, einen Prozeß einzuleiten, in dem festgefahrene Standpunkte durch Konfrontation in Bewegung gebracht werden. Dieses Verfahren genügt tatsächlich bei einem Teil der Studenten, weil es die Selbstheilungstendenzen aktiviert; ein anderer Teil sucht von sich aus später psychoanalytische Behandlung, nunmehr aber ohne die extremen Fehlerwartungen. D. h. die Aufgabe der Beratungsstelle besteht u. E. dort, wo eine analytische Behandlung notwendig ist, vornehmlich darin, auf diese Behandlung vorzubereiten, und nicht darin, sie selbst durchzuführen. Worauf es vor allen Dingen ankommt, ist, in dieser Zeit bei den Patienten ein gewisses Maß von Problembewußtsein zu erzeugen, das ihn zu einer etwaigen späteren Analyse befähigt.

Die Göttinger Beratungsstelle ist als Einrichtung der Universität nicht institutionell unabhängig, obwohl ihr, wie anfangs dargelegt, ein ziemlich großer Handlungsspielraum eingeräumt ist. Das Verhältnis zu den Studenten ist daher von vornherein ein anderes als beispielsweise in Berlin zwischen der Beratungsstelle des AStA und den Studenten. Nichtsdestoweniger scheint es uns auch unter diesen anderen organisatorischen Bedingungen, möglich oder besser notwendig zu sein, daß die Beratungsstelle ein Selbstverständnis entwickelt in bezug auf ihre Arbeit, indem sie nicht die bloße Verlängerung der Universitätsadministration ist, sondern zu einer eigenständigen Rolle findet, die gegenüber der Universitätsstruktur auch kritisch eingestellt sein kann und muß. Dazu ist eine Reflexion der eigenen Stellung innerhalb der Universität zwischen Administration und Studentenschaft immer wieder notwendig.

Dagmar Friedrich
Jürgen Jahnke

Referatenteil

Gesprengte Fesseln der Psychose. Aus der Werkstatt einer Psychotherapeutin

Von Gisela Pankow, mit einem Vorwort von Prof. Dr. Heinrich Meng, 196 Seiten mit 6 zum Teil farbigen Tafeln, München/Basel, Ernst Reinhardt-Verlag, 1968.

Frau Pankow, welche seit Jahren Pionierarbeit auf dem Gebiete der Psychotherapie leistet, gibt 12 eindrucksvolle Berichte über die Behandlung von Schizophrenien, von Grenzfällen sowie eines straffällig gewordenen Trinkers und eines Falles von Asthma. In der Therapie geht Frau P. vom gestörten Körperbild aus. Sie definiert das Körperbild durch zwei Grundfunktionen. Die erste Funktion bezieht sich auf die Dialektik zwischen dem Teil und dem Ganzen des Körpers, also auf die räumliche Ordnung.

Die zweite Funktion bezieht sich auf den Inhalt, d. h. auf die Zuordnung verschiedener Aufgaben zu den einzelnen Teilen des Leibes. Die erste Funktion ist beim Schizophrenen, die zweite beim nichtschizophrenen Wahnkranken gestört.

Beim Schizophrenen liegt eine Spaltung oder Dissoziation des Körperbildes vor. Die Teile haben den Zusammenhang mit dem Ganzen verloren und sind in die Außenwelt verlegt worden. Es bestehen keine Beziehungen mehr zwischen innen und außen. Der Schizophrene hat seinen Leib, als ursprüngliche Erfahrung, als Grundlage für sein In-der-Welt-Sein, „als Heimat, als Zuhause, als schützende Hülle" verloren. Es ist ihm daher eine mitmenschliche, d. h. eine mitleibliche Beziehung, welche eine unerläßliche Voraussetzung für jede Form seelischer Behandlung ist, unmöglich. Um den Patienten begegnungsfähig zu machen, muß ihm zur Anerkennung seiner Körpergrenzen verholfen werden. „Jedes Stück gespürten Leibes ist fester Boden, der dem Prozeß der Psychose entrissen wird". Man kann dem Patienten zur Anerkennung der räumlichen Welt und damit der Körpergrenzen verhelfen, indem man ihn auffordert, einen Gegenstand zu modellieren und Vorstellungen über die Beziehungen dieses Gegenstandes zu seiner Umwelt zu entwickeln (auf diesem Weg kommt man dem konkretistischen Denken des Schizophrenen entgegen, der nicht ohne weiteres für Interpretationen, die ja stets von einer gegebenen Situation abstrahieren, zugänglich ist. D. Ref.). Das Modellieren kann als Leibsprache verstanden werden, es gibt Auskunft darüber, wie der Patient seinen Leib bewohnt, wo Zerstörungszonen im Körperbild bestehen, denen jeweils Lücken in der Lebensgeschichte entsprechen. Schwer gestörte Patienten sind oft nicht fähig, einen Gegenstand als Teil der räumlichen Welt anzuerkennen, die Welt solcher Patienten ist auf diesen Gegenstand reduziert, mit ihm identisch. In diesem Falle wird der Patient aufgefordert, sozusagen als Gegenstand (z. B. als ein Schuh) Wünsche zu phantasieren, die auf den Körper des Therapeuten gerichtet sind. (Dieses Vorgehen ähnelt dem Sechehaye's, bei dem die Anerkennung eines unbewußten Wunsches, der sich auf den Körper des Therapeuten bezieht, eine Mitleiblichkeit zwischen Therapeut und Patient entstehen läßt.) Solche Wünsche äußern sich in spezifischen dynamischen Bildern, welche die Autorin Phantasmen nennt. Mit Hilfe dieser Phantasmen kann der Leib in seinen Grenzen (und damit die räumliche und zeitliche Welt des Kranken) „dynamisch strukturiert" werden. Erst wenn die Lücken im Körperbild aufgedeckt sind und der Patient seinen Leib in seinen Grenzen bewohnen kann, wenn also Objektbeziehungen möglich sind, kann mit der Durcharbeitung der mitmenschlichen Beziehungen und der entsprechenden Konflikte begonnen werden.

Die Grundthese und das therapeutische Vorgehen werden in den einzelnen Falldarstellungen packend und originell demonstriert. Auf anregende Einzelthemen (hysterische Halluzinationen und Wahnbildungen, Unterschiede der Psychose bei Europäern und Afrikanern, das Körperbild bei psychosomatischen Erkrankungen) kann hier nur verwiesen werden.

Gerhard Hoffmann (Berlin)

Aspects of Internalization

By Roy Schafer, 254 pages. New York, International Universities Press, 1968.

Dr. Schafer's eagerly awaited book adds much clarity to the complex and unfortunately often unclear field concerned with internalization and related processes.

Arlow and Brenner have recently set forth the advantages of the structural point of view. Schafer's emphasis is not predominantly structural. He takes the position that while structural postulates are well suited to explanations of adaptational phenomena, the phenomena related to internalization with which he is dealing are concerned primarily with motives and as such are better conceptualized from the dynamic viewpoint.

He does not believe it theoretically sound or parsimonious to attribute "qualities" to psychic energy, as is done when concepts such as "libido", "desexualized energy,"

or "neutralization" are employed. While psychic energy is a necessary concept, he argues, it should be a purely economic or quantitative one. Its so-called "qualities" are better understood dynamically, in terms of motives. He also takes exception to formulations such as "cathected object representations", since he classifies object representations as ideas and, in his view, to attribute energy stores to ideas is to create a "demonology". Again, he stresses that it is motives and aims that have energy, not representations.

Using this theoretical approach, he proceeds to give clear definitions to terms such as introjection, incorporation, internalization and identification. He does a service to the reader in making explicit how his usage of these terms differs from the usage of other writers such as Erikson, Jacobson, Loewald and Sandler who have made major contributions to the field. Having defined his vocabulary, he then systematically builds a conceptual picture of how these processes occur, how they are related to one another, and their deployment among the psychic agencies.

To the clinician his work is of great importance, since the data he discusses come from the world that patients experience and describe. His discussion of the various forms of the subjective self representation, and in particular of what he terms the "reflective self representation", is particularly illuminating, and brings a new perspective to phenomena such as daydreams, dreams and psychosis.

The book is a major contribution to psychoanalytic theory and has the added advantage of being clear and easy to understand. Linda Hilles (San Francisco)

The Psychoanalysis of Dreams

Von Ángel Garma mit einer Einleitung von Bertram D. Lewin, 224 Seiten. Chicago, Quadrangle Books, 1966.

Das Buch ist die englische Fassung der 4. Auflage (1963) der spanisch geschriebenen Psicoanálisis de los Sueños. Der Autor erklärt als sein hauptsächliches Anliegen nicht die Darstellung seiner eigenen Forschungen und Theorien, sondern dem gebildeten Laien zu zeigen, was Träume sind und wie sie trotz ihrer Komplexität dem Verständnis erschlossen werden können. Unser Interesse als Psychoanalytiker wendet sich mehr dem ersten zu, enthalten in Kapitel 6 und 7.

Unter den zahlreichen Deviationen von der Freudschen Traumtheorie wird, wie etwa bei Stekel, Jung, Adler, Boss u. a., kein Konzept öfter abgelehnt oder in Zweifel gezogen als die wunscherfüllende Funktion des Traumes. Es scheint, daß die Kontroverse darüber nicht zum Verstummen kommt. Garma führt aus, daß, je mehr Träume er zu deuten hatte, desto weniger er die Theorie von der Wunscherfüllung der Träume akzeptieren konnte. Seine Einwände sind beachtlich, ausführlich argumentiert und im Rahmen der psa Theorie belegt. Da ist nichts von den zum Überdruß von so vielen Autoren gebrachten naiven Beanstandungen, die, längst widerlegt, gleichwohl in manchen Fachkreisen und in vielen verwandten kulturellen Bereichen Urständ feiern. So erkennt Garma, man möchte sagen: selbstverständlich, auch den masochistischen, den Angstträumen oder solchen, die eine Bestrafung vom Überich bedeuten, wunscherfüllenden Charakter zu. Die Ausnahmen betreffen Träume in den traumatischen Neurosen und Kindheitserinnerungen, die im Traum erscheinen und auf Erfahrungen zurückgehen, die einen traumatischen Einfluß hatten. Aber auch diese können modifiziert und in Wunscherfüllung verwandelt werden. Freud trug den Ausnahmen durchaus Rechnung, indem er seine zweite Formulierung aufstellte, wonach der Traum der V e r s u c h einer Wunscherfüllung darstellt. Garma vertritt aber die Hypothese, daß in a l l e n Träumen traumatische Situationen eine Rolle spielen, mehr, eine Rolle, die größere Bedeutung in der Genese und Konstruktion der Träume hat als die Wunscherfüllung. Er geht von der überraschenden Häufigkeit unangenehmer Trauminhalte aus. Freud

selbst hatte in seiner „Traumdeutung" die Untersuchung von Debacker und Weed & Hallam aus den neunziger Jahren des vorigen Jahrhunderts erwähnt, wonach 58 % aller Erwachsenenträume unangenehm sind. Aber der latente Trauminhalt kann ja trotzdem eine Wunscherfüllung enthüllen. Auch mit dieser Einsicht, meint Garma, kann seinem Einwand nicht begegnet werden: die Wunscherfüllung verdeckt wie ein Schirm die unangenehmen Situationen, denen der Träumer unterworfen ist und welche die Traumquelle darstellen.

Ihm sei die Häufigkeit aufgefallen, mit der die Wunscherfüllung im Traum *Intensität* vermissen läßt, wie er es ausdrückt: „der Traum neigt dazu, Feigheit bei der Erreichung von Wunschbefriedigung zu offenbaren". Seine Argumentation sei an einem Traum (Nr. 128) illustriert: Ein Patient träumt: „Ich küsse Aurea." In seinen Einfällen teil er mit, daß es sich um eine junge Dame handelt, die er in X kennengelernt habe. Er verspürte den Wunsch nach einem intimen Verhältnis mit ihr, und er glaubte, er hätte sein Ziel erreichen können, wenn er nur ein wenig mehr gewagt hätte. Das Mädchen, das er mehrere Male besuchte, hatte seinen Avancen nur wenig Widerstand entgegengesetzt. Aber ihm fehlte der Mut. Während der Behandlung machte er sich deswegen Vorwürfe.

Die Deutung dieses Traums geht davon aus, daß der Patient eine Situation, die seinen Stolz verletzte und deshalb unangenehm war, in eine angenehme verwandelte, indem er es im Traum wagte, das Mädchen zu küssen. Aber, fragt Garma, weshalb erlaubt sich der Patient im Traum nur einen Kuß, da doch seine Einfälle deutlich zeigen, daß er auf eine intimere Beziehung aus war? Warum träumt er nicht, Aurea sei seine Geliebte? Im Grunde bleibe der junge Mann so zaghaft in seinem Traum, wie er in der realen Situation gewesen ist. Wenn man annimmt, daß seine Schüchternheit Aurea gegenüber durch eine ubw Identifizierung des Mädchens mit seiner Mutter hervorgerufen wurde, wäre ausreichend erklärt, weshalb sich der Patient eine intensive sexuelle Befriedigung in seiner realen Beziehung zu Aurea versagen mußte, hingegen ist nicht zu verstehen, warum er im Traum nicht seine Hemmungen abzubauen imstande ist, indem er Aurea als völlig verschieden von seiner Mutter erlebt. Dann könnte er von einer glücklichen und vollkommenen Liebesbeziehung zu seinem Mädchen träumen. Daran hindert ihn, wir Garma postuliert, „die Feigheit der Träume".

Diese Hypothese wird im folgenden an dem ersten psychoanalytisch gedeuteten Traum demonstriert, an Freuds eigenem klassisch gewordenen Traum von „Irmas Injektion".

Zwar offenbare sich der Traum als eine Wunscherfüllung, indem die versteckten Vorwürfe Ottos sich als ungerechtfertigt erweisen. Otto hat die Spritze nicht lege artis gegeben („zu leichtfertig", und es war „die Spritze nicht rein", Freud II p. 122), und Irma ist Freuds Rat nicht gefolgt. Ihre Beschwerden sind gar nicht psychogen, und daher trifft Freud keine Schuld, daß er sie durch Psychotherapie nicht geheilt hat. Garma fragt nun: Wenn die Basis des Traums die Befürchtung Freuds ist, bei der Behandlung Irmas irgendwie nicht gewissenhaft genug gewesen zu sein, weshalb wagt er es im Traum nicht, eine vollkommene Wunscherfüllung zu erreichen? Warum träumt er z. B. nicht, daß seine Behandlung einen ausgezeichneten Erfolg hatte und Irmas Gesundheit besser sei als je und daß jedermann ihn ob seines Erfolges bewundere? Man behalte von Freuds Traum den Eindruck zurück, daß er sich nicht stark genug fühlt, die Vorwürfe zurückzuweisen, die er aus den Worten seines Freundes Otto glaubte heraushören zu müssen. Es sei, als ob der Traum Entschuldigungen und Ausflüchte aneinanderreihe, ohne daß er irgend einer ernstlich Glauben schenke.

Tatsächlich scheint Freud das selbst gefühlt zu haben, denn er schreibt (II p. 125): „Das ganze Plädoyer – nichts anderes ist dieser Traum – erinnert lebhaft an die Verteidigung des Mannes, der von seinem Nachbarn angeklagt war, ihm einen Kessel in schadhaftem Zustand zurückgegeben zu haben. Erstens habe er ihn unversehrt zurückgebracht, zweitens war der Kessel schon durchlöchert, als er ihn entlehnte, drittens hat er nie einen

Kessel vom Nachbarn entlehnt". Garma meint nun ganz richtig, daß jeder, der dieses Mannes Verteidigung hört, ihn ohne Zögern als schuldig an der Beschädigung des Kessels erklären würde, denn seine Worte sind eine deutliche Bestätigung dessen, was sie zu verneinen unternehmen. Die Verteidigung ist eine schlechte, weil der Mann von seiner Schuld überzeugt ist und nicht stark genug, sich von dieser traumatischen Situation zu befreien. Die Verteidigung Freuds im Traum von Irmas Injektion müsse auf die gleiche Weise gedeutet werden.

Auf die gleichen Kriterien stützt sich der Autor in bezug auf den Traum Doras aus dem „Bruchstück einer Hysterie-Analyse" (Freud V, p. 161). Ohne auf die Einzelheiten der genialen Deutungsarbeit Freuds im Falle Dora einzugehen, hebt er wieder die Fixierung auf eine peinliche Vorstellung hervor, die in diesem Traum (dem ersten der zwei) ersichtlich wird. Dieser stellt eine Reaktion auf eine unglückliche Liebesaffäre mit einem Herrn K. dar, in den Dora heftig verliebt war. In ihrer Trauer und Enttäuschung belebt Dora in ihrem Traum eine Periode ihres Lebens wieder, wo sie an Enuresis litt und ihr Vater sie aus dem Bett zu heben pflegte, bevor das Bettnässen erfolgen konnte. Um also im Traum der gegenwärtigen schmerzlichen Situation, der unglücklichen Liebesgeschichte, zu entfliehen, sucht sie Schutz in der Liebe des Vaters, die es im richtigen Moment verhindern wird, daß etwas Unangenehmes sich ereignen werde. Soweit herrscht Übereinstimmung. Aber, fragt Garma, warum wagt Dora im Traum nicht, die gegenwärtige widerliche Situation zu ändern, indem sie entweder die ganze unglückliche Liebesaffäre verleugnet oder sie in eine glückliche verwandelt oder wenigstens die peinliche Erinnerung an ihr Bettnässen vermeidet? Das geringe Wagnis, volle Wunschbefriedigung zu erreichen, die Halbherzigkeit des Traums, seine „Feigheit" finde sich auch hier bestätigt. Die „Feigheit" des Traums läßt sich jedoch nach der psychoanalytischen Theorie hinreichend als das Wirken des Überich erklären. Sie steht in unmittelbarer Beziehung zur Traumzensur. Garmas Frage läßt erkennen, daß hier ein wesentliches Stück der „Traumdeutung" Freuds außer acht bleibt.

Während die „Feigheit des Traums" eine Auseinandersetzung mit der Genese innerhalb der Traumbildung darstellt, haben es die nun folgenden Ausführungen Garmas mit ihrer kausalen Genese zu tun. Seine Argumentation schwankt zwischen diesen Betrachtungsweisen.

Für den Autor ist es ausgemacht, daß in allen von ihm angeführten Träumen unangenehme Situationen Ausgangspunkt waren. Im Traum „Ich küsse Aurea" ist diese das psychisch bedingte Unvermögen, ihre Liebe zu gewinnen; in einem anderen zitierten Traum (p. 131) die Kastrationsangst; im Traum von Irmas Injektion ist es die Furcht Freuds, die Behandlung nicht richtig geführt zu haben, und in Doras Traum die schmerzvolle Enttäuschung über den Mann, den sie liebt. Unangenehme Situationen – dies ist gleichbedeutend mit angstmachenden, mit Situationen von psychischen Konflikten, mit einem Wort mit *traumatischen* Situationen. Freud nannte traumatische Erfahrung eine solche, die in kurzer Zeit eine derartige Intensität psychischer Reize erzeugt, daß das Individuum sie nicht in der gewöhnlichen Weise abzuwehren oder zu modifizieren vermag. Das sind genau die Charakteristika der „unangenehmen Situationen", die nach Garma einen Traum herbeiführen.

Wenn man die Existenz einer traumatischen Situation als Grundlage der Träume zugibt, befindet man sich in vollständiger Übereinstimmung mit anderen psa Funden. Eine Fixierung an eine oder mehrere traumatische Situationen ist immer an der Verursachung von neurotischen Symptomen beteiligt, und die Analogie zwischen Traum und neurotischem Symptom ist ein bekanntes Stück der psa Theorie.

Mit der Annahme der Existenz einer Fixierung auf eine traumatische Situation im Traum ist kein Widerspruch zur Theorie der Wunscherfüllung verbunden. Im Gegenteil, diese Annahme erweitert sie, indem ein wichtiger Faktor hinzugefügt wird, der bei der Traumdeutung berücksichtigt werden muß. Insofern wird Freuds Theorie eher gestützt

als in Frage gestellt. Denn, außer in den Träumen in traumatischen Neurosen sehen wir, daß die traumatische Situation, welche die Grundlage des latenten Trauminhalts bildet, im manifesten in eine angenehme Situation verwandelt wird, oder wenigstens in eine, die nicht gar so unangenehm ist. Das bedeutet, daß in der Traumarbeit eine klare Neigung nach einer Wunscherfüllung sich bemerkbar macht.

Aber Garma möchte mit der Annahme der Existenz einer fundamentalen traumatischen Situation seine These von der „Feigheit" des Traumes gestützt sehen, der Halbherzigkeit, mit der der Traum Wunscherfüllung verwirklicht. Träume, so meint er, sind nicht fähig, sehr weit in der Wunscherfüllung zu gehen, sie rücksichtslos zu erzwingen und ungehemmt zu demonstrieren, weil der Träumer psychisch an die traumatische Situation fixiert ist.

Die Betonung der traumatischen Situation als Hauptfaktor in Träumen rechtfertigt noch nicht, wie zu zeigen versucht worden ist, einen grundlegenden Einwand gegen die Hypothese von der wunscherfüllenden Funktion des Traumes. Da Garma selber diese Auffassung vertritt, liegt kein Grund vor, traumatische Situation und Wunscherfüllung unter der Kategorie der Alternative oder gar des Gegensatzes zu verstehen. B. D. Lewin weist in seiner Einführung zum vorgestellten Buch darauf hin, daß R. Fliess die traumatische Genese der Träume als Neuformulierung der Freudschen Positionen verstanden sehen möchte. Keiner der drei Autoren führt aber Ferenczi an, der sich 1931 mit einer „Revision der Traumdeutung" befaßt hat, in der er bereits ausführt, daß der Schlafzustand nicht nur die wunscherfüllende Traumfunktion begünstigt, sondern auch die Wiederkehr traumatischer Erfahrungen, die nach Erledigung ringen. Er prägt dafür den Ausdruck „traumatolytische Traumfunktion" (Fragmente und Notizen III).

Wunscherfüllung findet sich an der Wurzel *jedes* psychologischen Phänomens, ob es normal oder pathologisch ist. Eine verzerrte Wunscherfüllung ist nicht nur dem Traum eigentümlich, man findet sie in den neurotischen und perversen Symptomen ebenfalls. Die im Traum auftretenden unterscheiden sich jedoch von jenen durch ihren halluzinatorischen Aspekt. „Träume sind Halluzinationen, die im Schlaf auftreten", wie die allgemeinste Definition schon besagt. Da die Halluzination für den Traum in demselben Sinne charakteristisch ist wie die Konversion für das hysterische Symptom und eine bestimmte libidinöse (orgiastische) Organisation in bezug auf einen Partialtrieb für die Perversion, erhebt sich die Notwendigkeit, innerhalb einer Theorie über die Traumentstehung die Genese der Halluzinationen zu untersuchen.

Freud hat bekanntlich den halluzinatorischen Aspekt des Traumes in seinem großartigen VII. Kapitel „Zur Psychologie der Traumvorgänge" B (p. 539 ff.) abgehandelt, und auch Garma wählt das VII. Kapitel seines Buches über die „Psychoanalyse des Traums" für die Darstellung seiner individuellen Theorie über die Ursache der Halluzinationen.

Er wählt dabei als Ausgangspunkt die Klärung des Konzepts der Realitätsprüfung. Ein im psychischen Apparat wahrgenommenes Bild kann entweder durch ein wirkliches äußeres Objekt hervorgerufen werden oder durch die Fähigkeit der Einbildung. Das psychische Bild eines Hauses z. B. wird entweder durch eine visuelle Wahrnehmung oder durch die Repräsentanz eines phantasierten Hauses erzeugt. Die Fähigkeit, die äußere Realität von Produkten der Einbildung zu unterscheiden, ist daher für eine realgerechte Orientierung unerläßlich. Wir müssen wissen, wie das Bild des Hauses, das wir sehen, zu differenzieren ist vom Bild des Hauses, das wir uns vorstellen. Wir müssen also Unterschiede zwischen äußeren und inneren Bildern aufrichten können, um das Bild, das von einem äußeren Reiz ausgeht, wirklich, und jenes, das von einem inneren Reiz einer Vorstellung oder Phantasie erzeugt wird, unwirklich benennen zu können. Dabei können wir nicht der Intensität der Wahrnehmung vertrauen. Wie jedermann bekannt ist, vermögen wir einen noch so schwachen und verschwommenen Sinneseindruck aus der Außenwelt leicht von aus dem Inneren kommenden Reizen, seien sie noch so stark und klar, zu unterscheiden.

Die Position Freuds, zu der er auf Grund seiner Untersuchungen gelangt ist, kann folgendermaßen beschrieben werden. Das Ich prüft die Realität einer inneren oder äußeren Wahrnehmung auf der Grundlage ihrer Dauer und vor allem der Möglichkeit, sich ihr durch Flucht zu entziehen oder nicht. Er veranschaulicht diesen Mechanismus, indem er „innen" und „außen" in Beziehung zur Muskelaktion setzt. Eine Wahrnehmung, die man durch Muskelaktivität (Flucht) zum Verschwinden bringen kann, wird als reale äußere erkannt, wo aber durch solche Aktivität nichts an der Wahrnehmung geändert werden kann, ist die Wahrnehmung im eigenen Körper entstanden, sie ist nicht wirklich. Ein Triebreiz kommt nicht aus der Außenwelt, sondern entsteht im Organismus, und er hat deshalb einen anderen psychologischen Effekt. Es werden andere Abwehrarten benötigt, den Reiz auszuschalten als Flucht, die bei inneren Reizen nicht möglich ist. Hingegen ist alles, was bei einem äußeren Reiz nötig wird, in der Annahme enthalten, daß er als einzelner Stoß auftritt. Darum kann er auch durch eine einzelne zweckmäßige Handlung ausgeschaltet werden, wofür das typische Beispiel die motorische Flucht vor der Reizquelle ist. Ein Triebreiz dagegen tritt nie als einzelner Reizstoß auf, sondern als eine kontinuierliche Kraft. Da diese nicht von außen, sondern von innen einwirkt, kann eine Flucht nicht stattfinden.

Ich möchte hier einschieben, was Freud dazu später in der „Metapsychologischen Ergänzung zur Traumlehre" (X, 425) sagt, da sie für die Diskussion der folgenden Deviation Garmas von Belang sein kann. „Diese Leistung der Orientierung in der Welt", schreibt Freud dort, „durch Unterscheidung von innen und außen müssen wir nun nach einer eingehenden Zergliederung des seelischen Apparats dem System Bw (W) allein zuschreiben. Bw muß über eine motorische Innervation verfügen, durch welche festgestellt wird, ob die Wahrnehmung zum Verschwinden zu bringen ist oder sich resistent verhält. Nichts anderes braucht die Realitätsprüfung zu sein."

Es ist an diesem Punkt der psa Theorie, daß Garma sich expressis verbis in diametralen Gegensatz zur Auffassung Freuds stellt. Er kommt auf Grund seiner Beobachtungen zu dem Schluß, daß das Ich Wahrnehmungen für innere hält, wenn sie mit Erfolg abgewiesen werden können, daß aber solche als äußere betrachtet und erfahren werden, die es nicht abweisen kann. Nur auf Grund dieses Konzepts, meint der Autor, sei es möglich, das sonst unbegreifliche Phänomen der Halluzination im Traum (und übrigens auch andere) einer Erklärung zuzuführen.

Die Hypothese entfaltet sich auf Grund des Konzepts von der psychischen Energie oder der Fakultät der *Gegenbesetzung*. Ausgangspunkt ist die Betrachtung psychischer Zustände, wie z. B. halluzinatorischer, die darin bestehen, daß das Individuum glaubt und überzeugt ist, daß dasjenige, was in der Psyche entsteht, einen in der Außenwelt vorhandenen Ursprung hat. Eine traumatische Neurose entsteht, wenn das Ich sich als unfähig erwiesen hat, eine genügend starke Gegenbesetzung zu entwickeln, um die überwältigenden durch das Trauma freigesetzten psychischen Energien unter Kontrolle zu halten. Wer an traumatischer Neurose leidet, verhält sich so, als ob er das pathogenetische einstmals stattgefundene Trauma nicht als Erinnerung erfahre, sondern in Symptom und Träumen wie einer, der das Trauma immer wieder als neue Realität erlebt. Die Erinnerung ist zwar im Ubw vorhanden, kann aber wegen einer tiefen Störung der Realitätsprüfung während der Anfälle wie in den Traumhalluzinationen nicht als solche wahrgenommen werden, sondern erscheint als Wiederholung des äußeren traumatischen Ereignisses. In leichten Fällen vermag der Patient das Trauma bw zu erinnern, ohne es halluzinatorisch wiederzubeleben. Da also in analogen aber weniger intensiven Traumata keine Halluzinationen der beschriebenen Art auftreten, dürfen wir schließen, daß bei solchen die Gegenbesetzung imstande ist, den psychischen Energien Kontra zu bieten. In den schweren Fällen, in denen sich der Kranke so verhält, als stünde er nochmals unter der Einwirkung äußerer Reize, steht er unter dem Einfluß von Halluzinationen, die durch einen Mechanismus erklärt werden können, der sich im Ge-

gensatz zu Freuds Theorie der Realitätsprüfung befindet. In der traumatischen Neurose erfährt der Patient einen traumatischen Vorfall als außen, den er unfähig war, durch das psychische Äquivalent Muskelaktion zu vermeiden; nach Freuds Theorie der Realitätsprüfung müßte diese Gefahr, die man durch Flucht nicht vermeiden kann, aber als innere erkannt werden.

Entweder werden Traumata in Form von halluzinatorischen Träumen immer wiederholt, dann sprechen wir von Neurosen, oder es treten einfache Erinnerungen an das Trauma auf. Dieses wird für den Patienten ein äußerer oder innerer Vorgang, je nachdem, ob sein Ich es beherrschen kann oder nicht.

Wenn das richtig ist und eine Verallgemeinerung von psychischen Prozessen bei der traumatischen Neurose auf andere erlaubt ist, kann man nach Garma sagen, daß alle diejenigen im Inneren entstandenen Wahrnehmungen, die beherrscht und im Ich durch Gegenbesetzungen neutralisiert werden können, subjektiv nicht als von der Außenwelt kommend empfunden werden; sie werden aber als aus der äußeren Welt stammend erlebt, wenn sie nicht durch Gegenbesetzungen des Ich kontrolliert werden können. Diese Deduktion auf äußere Sinneswahrnehmungen bezogen würde besagen, daß diese die Charakteristika der äußeren Realität für das Individuum deshalb besitzen, weil sie schwieriger durch Gegenbesetzungen zu beherrschen sind als die endopsychischen. Das ist das Gleiche, als wenn man metapsychologisch sagte, äußere Wahrnehmungen werden leichter und mit mehr Intensität (vor)bw als innere, weil das Ich weniger leicht imstande ist, sich gegen die äußeren mit Hilfe der Gegenbesetzung zu wehren.

Sicherlich ist es eine allgemeine psychologische Erfahrung, daß das Ich leichter intrapsychische Ereignisse zurückweist als solche, die von außen kommen. Die Dinge, die wir außen wahrnehmen, sind klar und präzise, diejenigen, die wir in unserem Innern wahrnehmen, sind vergleichsweise vage, dunkel, nicht so klar definiert. Wir haben eine klare Vorstellung von den Dingen unserer Umwelt, aber wir sind uns weitgehend unserer eigenen Persönlichkeit unbewußt. Der Mangel einer guten intrapsychischen Wahrnehmung beruht nach psa Erkenntnissen auf Abwehrmechanismen des Ich, das mit Hilfe von Gegenbesetzungen diejenigen Vorstellungen und Gefühle, die mit seinem Ideal- oder Überich unvereinbar sind, abweist. Psychoanalytische Behandlung vermag zwar eine bessere Selbsterkenntnis zu erreichen und falsche Vorstellungen zu korrigieren, aber die Wahrnehmung der äußeren Welt bleibt mehr oder weniger die gleiche. Irrtümer in der inneren Wahrnehmung sind also nicht die Folge einer prinzipiellen Unfähigkeit des Ich, das eigene innere Selbst wahrzunehmen, sondern beruht auf den Anstrengungen (Abwehr), die es macht, um sie abzuweisen und unangenehme psychische Inhalte zu modifizieren. Ein solches Verhalten ist aber unmöglich, wenn das Ich mit äußeren Fakten konfrontiert wird, denn diese erweisen sich von viel größerer Resistenz gegenüber modifizierenden Aktionen der Gegenbesetzung. Weil die abweisende Fähigkeit des Ich gegenüber direkten äußeren Sinneswahrnehmungen gering ist, kommt es dazu, daß Halluzinationen, sowohl positive wie negative, nur in extremen pathologischen Bedingungen auftreten. Wenn nämlich das Ich fähig wäre, äußere Wahrnehmungen so leicht zu beherrschen wie innere, was Freuds Theorie der Realitätsprüfung besagt, würden halluzinatorische Wahrnehmungsverfälschungen der äußeren Welt selbst bei Normalen allgemein sein. Diese Auffassung versucht der Autor durch ein Beispiel zu stützen (p. 149).

Die Bedeutsamkeit der Gedanken Garmas für die psychoanalytische Theorie hat es notwendig gemacht, sie in ausführlichen Umrissen zu behandeln. Unter den Einwänden, die sich im Leser unweigerlich aufdrängen, sollen zunächst zwei herausgehoben werden. Die vorgestellten Untersuchungen bezogen sich auf die psychischen Fähigkeiten des Ich, eine Wahrnehmung zurückzuweisen. Freud hingegen hatte sich auf die Ichfähigkeit beschränkt, ganz konkret diejenige *Situation* zu vermeiden, welche die unangenehme Wahrnehmung hervorbringt, und zwar durch willkürliche Muskelbewegung, durch

Flucht, durch Abwendung von der Wahrnehmungsquelle, und dies ist nur möglich in bezug auf Reize aus der Außenwelt.

Der zweite Einwand ist folgender. Das Unterscheidungsmerkmal, das Freud für innere und äußere Wahrnehmungen aufstellte, besteht darin, daß die inneren Reize – wie Hunger, Schmerz oder Traurigkeit – eine längere Dauer in der Zeit haben, während ein äußerer unangenehmer Reiz – wie z. B. ein Nadelstich – nur einen Moment dauert, wenn das Ich entsprechend sich verhält.

Dies sind genau die beiden Punkte, die Garma selber als aufklärungswürdig empfindet, und wenigstens für *einen* Leser seines Buches wurde das intellektuelle Vergnügen durch die Art erhöht, mit der er sich mit diesen Einwänden auseinandersetzt (p. 149 ff.).

Garma führt aus, daß die motorische Flucht vor Außenweltreizen die Funktion eines schon weitgehend entwickelten Ich voraussetzt. Aber die alloplastischen Fähigkeiten sind im Kleinkind zu einer Zeit, wo der noch unvollkommen ausgebildete psychische Apparat die Funktionen der Realitätsprüfungen zu etablieren hat, noch gar nicht vorhanden. Das Kleinkind steht der äußeren wie der inneren Realität hilflos gegenüber. Es kann sich vor allem nicht den Reizen der Außenwelt wie Kälte, Nässe, Nadelstiche durch sinnvolle Muskelaktionen entziehen. (Wohl aber starken Lichtreizen gegenüber durch Schließen der Augen! Ref.) Es kann nur strampeln und schreien und dadurch die Hilfe der Erwachsenen mobilisieren. Darum kann die Möglichkeit, die äußere Realität zurückzuweisen, auch nicht die Basis für die Entstehung der Realitätsprüfung sein. Dem Kleinkind muß sich der Eindruck aufzwingen, daß die Außenwelt stark und kontinuierlich und absolut unvermeidbar auf es einwirke. Schon das Geburtstrauma muß als persistierende und unabwendbare Reizüberflutung erlebt werden. Aber das ist eine andere Art äußerer Realität als die, welche Freud in seiner Theorie von der Entstehung der Realitätsprüfung vor Augen hatte. In der ersten Lebenszeit können äußere Reize nicht vom Ich abgewiesen werden, der Säugling erliegt ihnen traumatisch. Die geringen Möglichkeiten der Reaktion in dieser Entwicklungsphase würden also Garmas Theorie stützen, daß die Realitätsprüfung auf einer *geringeren* Ichfähigkeit beruht, *äußere* Wahrnehmungen abzuwehren als *innere*.

Die theoretischen Ausführungen Garmas werfen noch andere Schwierigkeiten auf. Im Laufe der Reifung stehen dem Individuum weitere Unterscheidungsmerkmale von außen und innen zur Verfügung. Lernprozesse und andere, die man unter der allgemeinen Bezeichnung „Erfahrung" subsummieren kann, kommen unterstützend hinzu. So trifft es zwar zu, wie Garma betont, daß der Patient in der traumatischen Neurose immer wieder als extern die Wiederholung eines traumatischen Vorfalls erfährt, den er ursprünglich unfähig war, durch Muskelaktion zu vermeiden. Er hat aber dieses Ereignis im Moment seines Eintritts realiter als von außen kommend erkannt. Er war in seinem mentalen Apparat dazu gezwungen gewesen. Nur diese Bedeutung kann der Terminus „psychisches Äquivalent einer Muskelaktion", den Garma dabei wählt, haben: Denken als Probehandeln. Der Kranke konnte nur aus situationsbedingten Ursachen nicht handeln, das heißt: nicht fliehen. Darin bestand seine Unfähigkeit. Wenn das Bw nicht ausgeschaltet ist, steht ihm per definitionem bei intaktem Nervenapparat eine motorische Innervation zur Verfügung. Erst wenn eine traumatische Neurose entsteht, erlebt der Patient an Stelle einer Erinnerung die wahnhafte Vorstellung des realen, von außen kommenden Ereignisses. Dann steht ihm auch nicht mehr die *Möglichkeit,* von der Freud spricht, zur Verfügung, sich ihm durch die Flucht zu entziehen, aber nur deshalb, weil die Halluzination des traumatischen Ereignisses ein innerer Vorgang ist. Es ist nach Freud schwieriger, eine innere Wahrnehmung abzuweisen. Das Konzept Freuds wird also keineswegs erschüttert, die Vorgänge bei der traumatischen Neurose bekräftigen es noch.

Der Rückgriff Garmas auf die Gegenbesetzung zur Stütze seiner Theorie ist deshalb ein Wagnis, weil wir zwar klare Vorstellungen von ihrer Rolle bei den Neurosen, Perver-

sionen, bei der Verwahrlosung u. a. besitzen, aber ihre Rolle in der Dynamik der normalen psychologischen Vorgänge hat bisher eine vergleichsweise umfassende Erforschung nicht gefunden. Es ist keineswegs geklärt, welche Rolle die Gegenbesetzung bei einem nicht überwältigenden Trauma spielt, und ob sie es überhaupt tut. In der Fassung Fenichels hält die Gegenbesetzung *psychisches* Material, das Leiden verursachen würde, vom Bw fern, aber nicht aktuelle Außenweltreize. Diese sind vielmehr die Ursache für das Ingangbringen der Gegenbesetzung, wie etwa der Schlag eines Knüppels auf den Kopf, der sekundär zum „psychischen Material" wird. Es ist auch zweifelhaft, ob die Ausführungen Th. Reiks, auf die Garma sich bezieht (p. 145), die aus ihnen gezogenen Schlüsse rechtfertigen.

Der Autor zieht sich schließlich auf die Position zurück, daß seine Hypothese mit ihrer Fähigkeit steht und fällt, den Mechanismus der Halluzinationsbildung des Traums besser zu verstehen. Nach Freud kommt es zu ihr durch Regression und defekte Funktion des Systems Vbw, dem Sitz der Realitätsprüfung. Aber ist das alles? Um träumen zu können, müssen die Gegenbesetzungen, die den ubw Inhalten den Weg zum Bw (Vbw) versperren, gelockert werden. Das ist ebenso bekannt wie die Lockerung der Zensur im Traum. Da nun gezeigt worden war, daß die Fähigkeit des Ich, Es-Inhalte durch Gegenbesetzungen zu erledigen, zu der subjektiven Überzeugung führt, die Wahrnehmung sei eine innere, scheint Garma die Annahme berechtigt, daß im Schlafzustand mit der in ihm gegebenen Schwächung der Gegenbesetzungen jene psychischen Inhalte, die im Wachzustand mehr oder weniger aufgehoben wurden, stärker auf das System Vbw einwirken werden. Wenn diese Inhalte als Traumaktivität ins Bw gelangen, empfindet das geschwächte Ich sie irrtümlich als von außen kommend, eben weil ihre Besetzungsenergie relativ größer ist als die geschwächte Gegenbesetzung.

Halluzinationen des Traumes entstehen, wenn das, was auf seinem Grunde liegt, nämlich Tagesrest und verdrängte (latente) Wünsche, nicht auf normale Weise vom Ich verarbeitet werden konnte, so daß eine traumatische Situation entsteht. Wie in der traumatischen Neurose nimmt das Ganze einen halluzinatorischen Aspekt an, anstatt als gewöhnliche Gedanken erlebt zu werden.

Die Tatsache, daß Tagesrest und verdrängte Wünsche im Wachzustand nicht normal verarbeitet werden können, beruht auf der Gegenbesetzung. Diese lehnt intrapsychische Inhalte mit genügender Intensität ab, um ihnen den Charakter der äußeren Herkunft zu nehmen. Im Wachen bewahrt die Gegenbesetzung vor einer traumatischen Situation durch die Verdrängung beunruhigender Inhalte, im Schlaf hingegen brechen diese Inhalte in das System Vbw –, und das latente Trauma wird manifest.

Die ins Bw kräftig und traumatisch einbrechenden ubw Inhalte geben Anlaß zum Traum: die unangenehme oder gefährliche Spannung der traumatischen Phantasie wird gelockert, indem der ursprüngliche latente Inhalt zu Halluzinationen transformiert wird, die nun im manifesten Traum erscheinen.

Es erhebt sich die Frage, inwieweit die Verkoppelung der Gegenbesetzung mit der klassischen Theorie über die Psychodynamik des Traums einen Fortschritt darstellt. Man mag die Frage, ob Gegenbesetzung und Verdrängung bei bestimmten Prozessen nicht identisch seien, für eine Sache der Definition halten, gesichert ist jedoch, daß der Effekt bei beiden der gleiche ist. Daher kann der Satz, daß die Gegenbesetzung vor einer traumatischen Situation durch die Verdrängung bewahrt, tautologischen Charakter erhalten, und es besteht keine *Notwendigkeit,* die Rolle der Verdrängung, der Zensur und der Halluzinationen im Traum zu revidieren. Wenn man das anerkennt, kommt es auf die Formulierung nicht so sehr an: man kann sicher mit Garma sagen, weil die Gegenbesetzung zu schwach ist, kommt es zur Traumhalluzination, man kann aber das Wiederauftauchen ubw Inhalte aus der Verdrängung und ihre Verarbeitung nach dem klassischen Modell zureichend beschreiben.

So erscheinen einige Konzepte in Garmas Theorie als strittig, aber das mindert nicht die großen Qualitäten des vorliegenden Buches. Es ist eine tief in der Arbeitsweise und im Denken der psa Theorie verwurzelte Arbeit; eine sorgfältige und dichte Argumentation legt von einer souveränen Beherrschung des Stoffes Zeugnis ab. Man möchte dem Buch neben den spanischen, französischen und englischen Fassungen eine deutsche Ausgabe wünschen, um es dem deutschsprechenden Leser näherzubringen.

Das Buch bringt eine Fülle von eigenen Beobachtungen und behandelt den Stoff von verschiedenen Gesichtspunkten aus und im Licht verschiedener Schulen. Ein Kapitel ist dem Dream Screen Bertram D. Lewins und dem Isakower Phänomen gewidmet.

Der Referent befindet sich in Übereinstimmung mit Lewin, der in seiner Einführung zum Buch schreibt, daß der Leser in ihm reiche Nahrung zum Nachdenken und eine angenehme Lektüre finden wird. Es enthält ein reiches Glossarium von Traumsymbolen und ihrer Bedeutung, sowie eine Sammlung von Abbildungen aus der darstellenden Kunst von Boticelli bis zu zeitgenössischen Darstellungen.

Die Ausstattung ist ausgezeichnet und mit Sorgfalt durchgeführt; dem Referenten ist ein einziger Druckfehler begegnet (p. 151, wo es heißen muß: *novarum* rerum cupidus).

Erich Simenauer (Berlin)

Mitteilungen des Lehr- und Forschungsinstituts für Psychodynamische Psychiatrie und Gruppendynamik, Berlin

Einladung zu einem Nachkongreß über Gruppenpsychotherapie auf psychoanalytischer Grundlage unmittelbar anschließend an den 26. Internationalen Psychoanalytischen Kongreß im Juli 1969 in Rom. Der Kongreß soll in der Casa Ammon, Paestum (Salerno) stattfinden und drei Tage dauern.

Thema: PSYCHOANALYSE UND GRUPPENPSYCHOTHERAPIE

Das vorläufige Programm umfaßt folgende Beiträge:

1. Einleitungsreferat von Prof. Dr. med. Martin Grotjahn (Beverly Hills):
   „Die psychoanalytische Gruppenerfahrung"

2. Dr. med. Günter Ammon (Berlin):
   „Die Indikation und der Prozeß bei der Gruppenpsychotherapie auf psychoanalytischer Grundlage"

   Dr. Ammon wird hierzu eine schon drei Jahre bestehende Borderline-Gruppenpsychotherapiegruppe von Studenten vorführen, die sich zur Zeit des Kongresses in Paestum aufhalten wird.

3. Dr. med. Klaus-David Luschnat und Dr. med. Rudolf Zimmert (Berlin):
   „Ein Bericht über die Gruppenpsychotherapie mit jüdischen Paaren von Verwandten, die Opfer nationalsozialistischer Konzentrationslager waren"

4. Diskussion über den Wert der Gruppenpsychotherapie und die Funktion der Psychoanalyse als Grundlagenwissenschaft für die Gruppenpsychotherapie sowie über alle anderen Probleme der Gruppentherapie, die sich aus dem Blickwinkel Freudscher Psychoanalyse ergeben.

Alle in Paestum gehaltenen Vorträge sowie die Diskussionen werden in einem Sonderband der Reihe „Schriften zur Dynamischen Psychiatrie" veröffentlicht werden.

Nähere Informationen: Lehr- und Forschungsinstitut für Psychodynamische Psychiatrie und Gruppendynamik. Sekretariat Frau Y. Gaenger, 1 Berlin 15, Wielandstraße 27/28, Tel. 8 83 49 81.

Invitation to a symposium on psychoanalytic group psychotherapy after the 26th International Psychoanalytical Congress in Rome, July 1969. The Congress will take place at Casa Ammon, Paestum (Salerno) the following three days.
The general theme of this meeting will be:
PSYCHO-ANALYSIS AND GROUP PSYCHOTHERAPY

At present the tentative program will be:

1. Introductory paper by Dr. med. Martin Grotjahn (Beverly Hills):
   "The Analytic Group Experience"
2. Dr. med. Günter Ammon (Berlin):
   "Indication and Process of Group Psychotherapy on Psychoanalytic Principles"
   With demonstrations of a borderline group psychotherapy group of students, which has been in treatment for three years and will be present in Paestum.
3. Dr. med. Klaus-David Luschnat and Dr. med. Rudolf Zimmert (Berlin):
   "A Report on Group Psychotherapy with Jewish Pairs of Relatives who had been Victims of Nazi Concentration Camps"
4. Panel discussion on the value of group psychotherapy and the function of psychoanalysis as a basic science for group psychotherapy as well other problems of group-therapy which might result from the viewpoint of Freudian analysis.

All papers read in Paestum as well as all discussions will be published in a special edition of the monograph series "Schriften zur Dynamischen Psychiatrie".

For further information please write the Lehr- und Forschungsinstitut für Psychodynamische Psychiatrie und Gruppendynamik, Executive Secretary Frau Y. Gaenger, 1 Berlin 15, Wielandstraße 27/28, Tel. 8 83 49 81.

Biographische Daten der Mitarbeiter

Prof. Dr. med. L. Bellak: study of medicine and psychoanalysis in Vienna, Boston, Harvard, New York. M. D., psychotherapeutic work with children under August Aichhorn, Instructor and Lecturer in psychology, Chief Psychiatric Consultant (Altro Health & Rehabilitation Service) and Assistant Clinical Professor Psychiatry (New York Medical College) from 1947–1957, Visiting and Adjunct Professor of Psychology, Director of Psychiatry (City Hospital Center at Elmshurst). Visiting Professor of Education and Psychology (Teachers College, Columbia Univ.) Now: Clinical Professor of Psychiatry (New York School of Psychiatry), Visiting Professor of Psychiatry (Postdoctoral Training Program, N. Y. Univ.), Consultant to U.S. Military Acad., West Point and Westchester Community Mental Health Board, private practice of psychiatry and psychoanalysis, principal investigator of a NIMH research project on schizophrenia. About 120 publications (12 books e. g. "Children's Apperception Test", "Schizophrenia: a review of the syndrome"), research in emergency psychotherapy and drug evaluation, pioneer of Community Mental Health Program.

Prof. Dr. med. G. Benedetti: Professur für Psychotherapie an der Univ. Basel, Pionier der Psychotherapie der Schizophrenie in Europa, Verdienste auf diesem Gebiet während

seiner Tätigkeit an der psychiatrischen Klinik der Univ. Zürich in Burghölzli, zahlreiche Publikationen.

Prof. Dr. med. J. Cremerius: Psychosomatische Klinik der Univ. Gießen, Lehranalytiker am Psychoanalytischen Institut Gießen, Arbeit auf dem Gebiet der für den praktischen Arzt anwendbaren verstehenden Psychotherapie, Publikationen über praktische Psychotherapie, Theorie der Psychoanalyse, Möglichkeiten der psychoanalytischen Behandlung von Schizophrenen und über psychosomatische Medizin (insbesondere der Diabetes mellitus). Über 20 Jahre Forschungsarbeit auf dem Gebiet der Verlaufsbeobachtung.

Dr. med. T. Dosužkov: gebürtiger Russe, 1927 Promotion an der Karlsuniv. Prag, Frühарbeit auf dem Gebiet der Neurologie. Schüler von Dr. Fenichel, 1938 Leitung der Prager psychoanalytischen Gruppe, nach dem Krieg Mitbegründer der Prager Gesellschaft für das Studium der Psychoanalyse, bis 1950 Redaktion des tschechoslowakischen Psychoanalytischen Jahrbuchs. Wissenschaftliche Arbeiten hauptsächlich auf den Gebieten der Hysterie, der Skoptophobie und der Ichentwicklung. Direktes Mitglied der IPV.

Dr. med. H. Foulkes: consultant psychiatrist, psychoanalyst, group analyst in London. Now Emeritus Physician to the Bethlem Royal and Maudsley Hospitals. Medical, psychiatric and neurological training in Germany, psychoanalytical and further psychiatric training in Vienna. Many years teaching and training at the Institute of Psychoanalysis, counselor of the British Psycho-Analytical Society. Leading part in the development of group analysis (Northfield Military Neurosis Centre). Co-founder and president of the Group-Analytic Society (London). Several publications, editor of "Group Analysis: International Panel and Correspondence".

Prof. Dr. med. Hacker: gebürtiger Wiener, Studium in Wien, Innsbruck, Basel. Neurologische, psychoanalytische und psychiatrische Fachausbildung in Basel, London, New York, Topeka. Professor für Psychiatrie (Univ. Kansas und Menninger School of Psychiatry, Topeka), Gastprofessor für Psychiatrie an der Univ. Wien, seit 1945 Direktor der „Hacker Psychiatric Clinic" in Lynwood und Beverly Hills, USA. Verfasser verschiedener wissenschaftlicher Publikationen u. a. auf den Gebieten der Kriminologie, der Rechtsphilosophie und der Literatur.

Prof. Dr. med. et phil. H. Häfner: Direktor der Sozialpsychiatrischen Klinik der Univ. Heidelberg-Mannheim, Mitherausgeber der Zeitschrift „Sozialpsychiatrie". Zahlreiche sozialpsychiatrisch orientierte Arbeiten, Autor von „Psychiatrie der Verfolgten" (in Zusammenarbeit mit von Baeyer und Kisker).

M. Khan: born into a feudal family in Northern India, 1945 M. A. in literature (Univ. of Punjab), training at the Institute of Psychoanalysis in London, here work in private practice, teaching and training. Editor of the International Psychoanalytic Library and Associate Editor of the International Journal of Psychoanalysis. Publications in various analytic Journals, lectures in American Universities and Psychoanalytic Institutes. Next publication: "Alienation in Perversions".

Prof. Dr. phil. H. Levinson: Ph. D. in clinical psychology at Univ. of Kansas, four years student in the Menninger Foundation clinical psychology program. Coordinator of professional education at Topeka State Hospital. Research in extent and expression of emotional maladjustment in industry, subsequently director of the Menninger Foundation's Division of Industrial Mental Health. Visiting Professor at MIT. Now Visiting Professor (School of Business, Univ. of Kansas), frequent lecturer in other universities, consultant to world famous firms, the Foreign Service Institute of the U.S. Department of State and other organizations. Distinguished Visiting Professor in the Harvard Graduate School of Business Administration. About 70 publications, author of "Toward Understanding Men", "Emotional Health: In the World of Work".

Dr. med. E. Linnemann: psychiatrist and psychoanalyst, studies at Menninger School of Psychiatry, Maudsley Hospital and London Institute of Psychoanalysis. Chief psychiatrist at Montebello Day and Night Hospital in Gentofte, a recently established unit for the treatment of neurotic and borderline patients.

Prof. Dr. med. A. E. Meyer: Medizinstudium in Zürich und Paris, nervenfachärztliche Ausbildung in Zürich an der Psychiatrischen Universitätsklinik Burghölzli, der Psychiatrischen Universitäts-Poliklinik, der Hirnbiologischen Sammlung von W. R. Hess der medizinischen Fakultät, der Neurologischen Univ.-Klinik und Poliklinik, der Neurochirurgischen Univ.-Klinik; psychotherapeutische Ausbildung im Rahmen des Zürcher Instituts für ärztliche Psychotherapie, dann praktische Tätigkeit an der Abteilung für analytische Psychotherapie des Allg. Krh. Ochsenzoll und später der Psychosomatischen Abteilung der Univ.-Klinik Eppendorf, theoretische Ausbildung auch am Hamburger Psychoanalytischen Institut; internistische Ausbildung am Allg. Krh. Bülach/Zürich und an der II. Mediz. Klinik des Univ.-Krankenhauses Eppendorf. Spezialarzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie. Habilitation für „Innere und Psychosomatische Medizin". Kommissarischer Ko-Direktor der II. Mediz. Univ.-Klinik. Hauptarbeitsgebiete: Psychosomatik, psychoanalytische Gruppenpsychotherapie, experimentell psychoanalytische Forschung. Zahlreiche, zum Teil englischsprachige Publikationen.

Dr. med. S. Nacht: International führender Psychoanalytiker, viele Jahre Chef des Laboratoire de Psychothérapie et de Psychanalyse à la Faculté Médecin des Hôpitaux Psychiatriques, Paris, dort Verdienste auf dem Gebiet der Anwendung der Psychoanalyse für die Psychiatrie.

Dr. med. M. Prados: neurological and psychiatric studies in London and Munich, research work on experimental neurology and neurohistology at the Cajal's Institute, Madrid. 1939 teaching and research position in neuropsychiatry at McGill Univ., Montreal, Canada, intensive work on group psychotherapy and group dynamics as head of the Outdoor Department of Psychiatry of the Royal Victoria Hospital. Introducer and promotor of psychoanalysis in Canada, founder of the Canadian Psychoanalytic Society and Institute. Now practising part time psychoanalyst in Madrid. Numerous papers on neurology, psychiatry, psychoanalysis, psychoanalytic group psychotherapy.

Prof. Dr. med. Walter Schulte: 1936–1947 Assistent und Oberarzt der Psychiatrischen Klinik und der Nervenklinik der Univ. Jena (Schüler von Hans Berger), dort seit 1942 Dozent für Neurologie und Psychiatrie. Auf Veranlassung von Pastor Fritz v. Bodelschwingh sieben Jahre lang leitender Oberarzt der psychiatrisch-neurologischen Klinik der Anstalt Bethel, 1954–1960 Direktor der Landesheil- und Krankenanstalt Gütersloh/Westf., seit 1954 an der Univ. Münster (Ernennung zum apl. Professor), seit 1960 Ordinarius für Psychiatrie und Neurologie an der Univ. Tübingen und Direktor der Universitätsnervenklinik Tübingen (Nachfolger von Ernst Kretschmer). Mitglied verschiedener wissenschaftlicher Gremien, Mitglied des wissenschaftlichen Beirates verschiedener Fachzeitschriften, Mitherausgeber von „Praxis der Psychotherapie" und „Wege zum Menschen", Verfasser von knapp 200 Publikationen. Hauptarbeitsgebiete: Anstaltspsychiatrie (Arbeits-, Milieu- und Gruppentherapie), psychotherapeutische Studien, sozialpsychiatrische und forensisch-psychiatrische Probleme, psychosomatische Krankheiten und Suchtkrankheiten.

Prof. Dr. med. H. Searles: Supervising and Training Analyst (Washington Psychoanalytic Institute), Consultant in Psychiatry to NIMH at Bethesda, Consultant in Psychotherapy to Sheppard and Enoch Pratt Hospital, Towson; Clinical Professor of Psychiatry (Georgetown Univ.), Lecturer in Psychiatry (Columbia Univ. and National Naval Medical Center, Bethesda). Author of the important book "Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects."

Dr. med. V. Smirnoff: Französischer Psychoanalytiker russischer Abstammung, psychoanalytische Veröffentlichungen, im französischen Sprachgebiet bekannt durch ein Buch über Kinderanalyse.

Dr. med. H. Strotzka: Psychoanalytiker und Sozialpsychiater in Wien, Mitglied des Expertenrates der Weltgesundheitsorganisation (WHO), 1960 sozialpsychiatrischer Berater des Hochkommissars der Vereinten Nationen für die Flüchtlinge. Hauptpublikationen: „Sozialpsychiatrische Untersuchungen", „Einführung in die Sozialpsychiatrie", zusammen mit L. Rosenmayr und H. Firnberg „Gefährdung und Resozialisierung Jugendlicher".

Dr. phil. J. Sutherland: Lecturer in Psychology, Edinburgh University, 1928–38. Graduated in Medicine, Edinburgh University 1937. Gained general psychiatric experience at the Royal Mental Hospital, Glasgow, 1938–40 and then in a special hospital for war neurose, 1940–41. For the next four years worked in the War Office Selection Boards of the British Army, being senior psychiatrist from 1944–46, with the rank of Lt. Col., R.A.M.C. Joined the Tavistock Clinic in 1946 and was Chairman of the Tavistock Institute of Human Relations until 1947. Became Medical Director of the Tavistock Clinic in 1947 and remained until 1968. Adviser in Psychotherapy, University Department of Psychiatry, Edinburgh and Royal Morningside Hospital, Edinburgh, from 1968. Editor of the British Journal of Medical Psychology, 1948–56. Editor of International Psycho-Analytical Library, 1956–68. Editor of International Journal of Psycho-Analysis, 1959–68. Member of the British Psycho-Analytical Society, 1952.

Dr. phil. L. Székely: Lehrer am Psychoanalytischen Institut und z. Z. Wissenschaftlicher Sekretär der Schwedischen Psychoanalytischen Vereinigung, Stockholm, früher Lehrer am Sozialinstitut, Stockholm, gebürtiger Ungar. Beschäftigung mit Problemen des schöpferischen Denkens in psychoanalytischen und experimental-psychologischen Studien.

Dr. med. V. Tähkä: teacher of psychotherapy and dynamic psychiatry at the Psychiatric Clinic of the University of Helsinki, training analyst and president of the Finnish Psychoanalytic Society and the Finnish Psychiatric Society, specialist in psychiatry and neurology. Psychoanalytic training in Stockholm, work at Austen Riggs Center, Mass. for two years.

Prof. Dr. phil. W. Toman: Vorstand des Institutes für Psychologie der Univ. Erlangen/Nürnberg, Mitglied der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung. Hauptarbeitsgebiet: systematische psychoanalytische Forschung, bekannt durch seine Arbeit über die Psychodynamik der Stellung des Analysanden innerhalb seiner Geschwisterreihe.

Prof. Dr. med. H. Z. Winnik: Präsident der Israelischen Psychoanalytischen Vereinigung. Professor für Psychiatrie an der Hebrew University und Hadassah in Jerusalem, Autor zahlreicher einschlägiger Arbeiten, Mitherausgeber der „Psyche".

wird fortgesetzt

Erratum zu Nr. 1

1. Wir bitten zu entschuldigen, daß die Namen zweier unserer Mitarbeiter, Thomas Freeman und Leighton Whitaker, auf dem Umschlagdeckel verdruckt wurden.

2. Auf Seite 33 muß es „Schizophrenogenic Trends in Therapy" heißen.

3. Auf Seite 42, Zeile 9 muß es heißen: „Der Ablauf läßt zwar eine ätiologische Beziehung denkbar erscheinen, beweist sie aber nicht."