

## **Ich-Struktur und Gesellschaft: Zur psychoanalytischen Kulturtheorie \***

Günter Ammon

Die Ich-Struktur eines Menschen bildet sich in einem Prozeß, in dessen Verlauf das Individuum und die Gruppe, deren Mitglied es ist, sich über ihre Bedürfnisse verständigen und deren Befriedigung organisieren. Ich-Entwicklung bedeutet fortschreitende Differenzierung der Bedürfnisse und der Kommunikation. Wie man sich über Bedürfnisse verständigt, hängt davon ab, wie man sie befriedigt. Das gilt für die Gattung ebenso wie für das Individuum. Im Prozeß ihrer Geschichte differenziert die Gattung ihre Bindung zur Natur. Sie hat in diesem Prozeß verschiedene Produktionsweisen entwickelt und sich in verschiedenen Produktionsverhältnissen organisiert, und der Geschichte dieser Produktionsweisen und -verhältnisse entspricht eine Geschichte der Bedürfnisse und ihrer Artikulation in Mythen, Religion und Ideologie. In der Geschichte des Individuums wird die Bindung zur Mutter und zur Gruppe differenziert. Auch dieser Prozeß ist eine Geschichte der sich differenzierenden Bedürfnisse und ihrer Organe. Beide Prozesse entwickeln sich in der Dialektik von Natur und Geschichte, von Bindung und befreiender Differenzierung.

Freud hat in seinen metapsychologischen Schriften (1920) die beiden Momente dieses Prozesses als antagonistische Prinzipien formuliert, als Gegensatz von Lustprinzip und Realitätsprinzip, von Trieb und Kultur. Den Prozeß ihrer Interaktion hat er verstanden als die fortschreitende Unterdrückung der Triebnatur durch die kulturellen Systeme. Die psychoanalytische Ich-Psychologie und die psychoanalytische Gruppenforschung haben uns gezeigt, daß die antagonistischen Prinzipien Momente *eines* dialektischen Prozesses sind. Das biologische Moment dieses Prozesses der Ich-Entwicklung bilden die primär gegebenen autonomen Ich-Funktionen wie Wahrnehmung, Gedächtnis, Affekte, Motorik und die bekannten Phasen der Libido-Entwicklung. Das historisch-soziale Moment dieses Prozesses bildet das Verhalten der Mutter und der umgebenden Gruppe, im weitesten Sinne die Gesellschaft.

Das Neugeborene bildet im Prozeß der Befriedigung seiner Bedürfnisse eine „Organ-Sprache“ aus, welche den Phasen der Libido-Entwicklung entspricht und vermittelt derer es mit der Mutter und der Gruppe kommuniziert. In dem Maße, wie diese „Organ-Sprache“ sich von ihrer Ursprungssituation emanzipiert und auf andere Situationen angewendet wird, werden seine Verhaltensweisen als zunehmend autonome Ich-Funktionen integriert. In diesem Sinne begreifen wir den Prozeß der Ich-Entwicklung als die fortschreitende Erweiterung der Ich-Autonomie. Befriedigung der jeweiligen Bedürfnisse, d. h. ge-

---

\* Ein Teil dieser Arbeit wurde am 27. 4. 1970 als Referat zu einem Kolloquium der Arbeitsgruppe „Bedürfnisforschung“ am Institut für Umweltplanung in Ulm (Universität Stuttgart) gehalten. Die Veranstalter des Kolloquiums hatten an verschiedene Psychoanalytiker folgende Fragen gerichtet: 1. Welcher Zusammenhang besteht zwischen der Ich-Struktur des Individuums und der Artikulation seiner Bedürfnisse? 2. In welchem Maße verändern gesellschaftliche Einflüsse die Triebstruktur eines Individuums?

lingende Objektbeziehung und gelingende Kommunikation, sind daher Voraussetzung für die Möglichkeit fortschreitender Differenzierung. Für den Prozeß der Ich-Entwicklung hat entscheidendes Gewicht, wie die Gruppe, in deren Medium sie vor sich geht, die Bedürfnisse des Individuums versteht und wie sie ihnen begegnet. Auf die Gesellschaft bezogen heißt das: Wie wird die Befriedigung der gemeinsamen Bedürfnisse organisiert, und entspricht das Selbstverständnis der Gesellschaft ihrer Wirklichkeit? Auf die Familiengruppe bezogen heißt das: Über welches Maß an Erfahrungsfähigkeit gegenüber dem Kind verfügt die Gruppe und, entspricht ihr tatsächliches Verhalten ihrem Selbstverständnis? Die Kommunikationsebene ist also eine doppelte: Befriedigung und Verständigung über die Befriedigung. Auf jeder dieser Ebenen können Widersprüche auftauchen, kann die Kommunikation abreißen und die Entfaltung der Bedürfnisse und der Ich-Autonomie blockiert werden.

Was gemeint ist, wenn wir sagen, daß die Ich-Entwicklung in der Artikulation von Bedürfnissen stattfindet, durch Selbstverstehen und Verstandenwerden, verdeutlicht die therapeutische Situation der Analyse. Analysand und Analytiker arbeiten gemeinsam daran, die im Zuge der psychischen Erkrankung fremd und unverständlich gewordenen Bedürfnisse des Analysanden zu entziffern, zum Sprechen zu bringen und zu verstehen. Das Phänomen von Übertragung und Gegenübertragung weist darauf hin, daß die Artikulation von Bedürfnissen in einem interpersonalen Prozeß geschieht, in dessen Verlauf festgewordene Bedürfnisformationen in Bewegung geraten und sich verändern. Diese Verflüssigung des Gewordenen — mit Marx könnten wir sagen: Versteinerte Verhältnisse werden zum Tanzen gebracht — kennzeichnet den Kommunikationsprozeß als eine dialektische, als historische Bewegung. Daß dieser Prozeß für die Ich-Entwicklung ausschlaggebend ist, zeigt sich in dem, was Franz Alexander (1946) die „emotionale Korrektur“ genannt hat, nämlich die Erfahrung einer gelingenden Interaktion, welche die Dinge in Bewegung bringt und häufig den Wendepunkt des therapeutischen Prozesses bildet.

Zwei Momente dieses Vorgangs beanspruchen unsere Aufmerksamkeit. Die Artikulation von Bedürfnissen ist die Artikulation von Bindungen. Als Aussprechen der Selbsterfahrung dient die Artikulation des Bedürfnisses der Abgrenzung des Ichs vom Nicht-Ich. Als Artikulation einer Bindung dient das ausgesprochene Bedürfnis der Kommunikation, der Vermittlung dieser Selbsterfahrung mit der Erfahrung anderer. Wir gehen davon aus, daß im Verlaufe einer gelingenden Ich-Entwicklung das Kind die seinen Libido-Phasen entsprechenden Verhaltensweisen als zunehmend autonome Ich-Funktionen integriert. Diese Funktionen werden um so reicher, differenzierter und beweglicher sein, je aufmerksamer und liebevoller die Eltern die Bedürfnissprache des Kindes verstehen und sprechen können. Erikson (1965) fordert daher Erfahrungsfähigkeit der Eltern und meint, daß auch sie sich mit dem Kind entwickeln müssen. Wir haben diesen Prozeß an zwei Familien beobachten können, deren Kinder den psychoanalytischen Kindergarten besuchten. Während die eine Familie das Bild einer von Störungen befallenen Gruppe bot: Selbstmordversuch des Vaters, Hilflosigkeit der Mutter, Abwehr der Zärtlichkeitsbedürfnisse der Kinder und Angst vor jeder Gefühlsäußerung, erschien jedoch das Verhalten der zweiten Familie den gesellschaftlichen Normen konform, wobei diese Konformität der

Eltern der Abwehr gegen die Depression und Trennungsangst der Kinder diene. In der Gruppenpsychotherapie gelang es den Eltern der ersten Familie, eigene Gefühle und Bedürfnisse zu äußern und sich zu verständigen. Gefühlshemmungen und Unsicherheit wurden überwunden. Die Mitglieder der zweiten Familie dagegen klebten symbiotisch aneinander, konnten die Trennungsangst nicht überwinden und konnten keine Kommunikationsform entwickeln, welche ihnen die Artikulierung ihrer Bedürfnisse ermöglicht hätte.

Die Psychoanalyse diskutiert die beiden Aspekte von Abgrenzung und Kommunikation als das Problem von Frustration und Sublimierung. Erfahrungs- und kommunikationsfähige Eltern erleichtern es dem Kind, die *unvermeidlichen* Frustrationen und die daraus resultierenden Ängste zu ertragen und sie nicht allein als drohende Vernichtung erleben zu müssen, sondern sie als Ich-Abgrenzung integrieren zu können. Der Rahmen der unvermeidlichen und zur Ich-Abgrenzung nötigen Frustration ist historisch gegeben

1. durch die erreichten Möglichkeiten der Befriedigung der Primärbedürfnisse,
2. durch die entwickelte Kommunikationsfähigkeit von Mutter, Gruppe und Gesellschaft.

Frustration zu „Erziehungszwecken“, zur Dressur und Kanalisierung „asozialer“ Triebe, produziert irrationale Angst, behindert die Ich-Entwicklung und verstümmelt Erfahrungs- und Lernfähigkeit. Denn diese ist eng verknüpft mit der Möglichkeit der Trieberfahrung. Freud selbst weist darauf hin, daß Neugier zunächst immer sexuelle Neugier ist und daß ihr Verbot zu neurotischer Verdummung führt. Nach Winnicott (1969) ist sexuelle Hemmung immer auch Spielhemmung und unterbindet damit die schöpferische Aneignung der Welt. Wir sind der Meinung, daß die entscheidenden Bedürfnisartikulationen und damit das schöpferische Potential eines Menschen vor Eintritt der Latenzperiode entwickelt werden. Diese dient nurmehr der kulturellen Dressur und Kanalisierung des vorher Erworbenen. Freud (1904) begriff diese Disziplinierung für den Lebenskampf in der Konkurrenzgesellschaft als den eigentlichen kulturellen Lernprozeß. Für ihn war Triebverzicht und -unterdrückung die Basis der Kultur, und die Latenzzeit begriff er als eine Art biologischer Garantie der Kulturfähigkeit des Menschen. Während dieser Zeit werden unter dem Druck des ödipalen Über-Ichs die kulturellen Dämme des Scham-, Ekel- und Schuldgefühls aufgebaut, welche den Triebregungen entgegengesetzt werden und diese vom ursprünglichen Ziel ablenken und auf „höhere“, d. h. kulturell erlaubte oder gebotene Ziele richten. Freud bezeichnet dieses Triebschicksal als Sublimierung. Das Ich wird konzipiert als eine vermittelnde, wenn auch recht hilflose Instanz in dem Konflikt zwischen Triebwunsch und Kulturforderung. Es ist selbst Ergebnis dieses Konflikts. Seine Aufgabe ist es, aus dem Katalog der vom Über-Ich repräsentierten Kulturforderungen diejenigen auszuwählen, welche mit dem Triebwunsch als Kulturangebot (Rollenangebot) zu korrespondieren vermögen und beide durch eine Aktion wirksam miteinander zu verbinden. In diesem Sinne ist Sublimierung als Ich-Funktion konzipiert. Sie dient der Anpassung an eine gegebene kulturelle Umwelt. Die psychoanalytische Ich-Psychologie hat mit dem Anpassungsbegriff auch die Vorstellung von der Sublimierung differenziert. Hartmann (1960) entwickelte das Konzept einer „nicht-konfliktuösen Entwicklung“ der Ich-Funktionen auf einer Basis primär gege-

bener autonomer Ich-Apparate. Die Funktionen der „konfliktfreien Ich-Sphäre“ bilden danach einen aktiven, aber unabhängigen Faktor des Konfliktes zwischen Triebwunsch und Kultur. Anpassung wird aktivisch verstanden als ein Prozeß der wechselseitigen Auseinandersetzung zwischen Ich und Umwelt. Neben das Tribschicksal eines Zielwechsels (Sublimierung) tritt in diesem Konzept das Tribschicksal einer Neutralisierung der Triebenergie durch Besetzung von Ich-Funktionen.

Hartmann (1964) unterscheidet den „Lustcharakter einer Aktivität“ von dem „Lustcharakter ihres Zieles“ und nimmt an, daß den verschiedenen Ich-Funktionen ein Kontinuum von Energie entspricht „von der rein triebhaften zu der völlig neutralisierten Art“. Der Grad der Neutralisierung der Energie, mit der eine Ich-Funktion arbeite, sei ein Maß für die gewonnene Autonomie.

Die Konzepte von Sublimierung und Neutralisierung geben Antwort auf die Frage: Wie ist Triebbefriedigung möglich in einer Kultur, die auf dem Zwang zu Triebverzicht und Triebunterdrückung beruht? Beiden Antworten, der Verschiebung des Triebziels in der Sublimierung ebenso wie der neutralisierenden Übertragung der Triebenergie auf die Ich-Funktionen ist die Voraussetzung gemeinsam, daß Triebunterdrückung nicht nur Tatsache, sondern auch notwendig sei. Sublimierung und Neutralisierung sind daher als Mechanismen konzipiert, welche die Triebe unschädlich machen. Das „Triebhafte“ an ihnen soll durch Kanalisierung bzw. Transformation „aufgezehrt“ werden. Auch die Ich-psychologischen Konzepte, welche die synthetische Aktivität des Ichs betonen, verstehen die Integrationsmechanismen als Triebunterdrückung bzw. Sublimierung. Alexander (1956) meint, daß „ein Impuls, wann immer er in isolierter Art und Weise als Selbstzweck ausgeführt wird, einen erotischen oder sexuellen Charakter annimmt. Wenn derselbe Impuls dagegen anderen Zwecksetzungen untergeordnet und ein integraler Teil dessen wird, was French eine Zielstruktur nennt, verliert er seinen sexuellen Charakter.“ Diese Unterordnung von Triebimpulsen unter Ich-Ziele begreift er als Sublimierung. Ihr Ergebnis ist, „was man Ich-Triebe oder Charakterzüge zu nennen pfl egt“.

Die Anwendung des zentralen Begriffes der Sublimierung auf die psychoanalytische Praxis hat sich als wenig hilfreich erwiesen. Als gelingender Abwehrmechanismus, der „mehr dem Studium der Normalität als dem der Neurose angehört“ (Anna Freud, 1936), ist seine Anwendung auf die Pathologie problematisch. L. Kubie (1962) meint, es gebe keinen Beweis dafür, daß „die unbewußten Wurzeln eines neurosenerzeugenden Konflikts geändert oder der unbewußte Konflikt je beseitigt werden können, wenn sie in einer Form ausgedrückt worden sind, die zufälligerweise von der Gesellschaft als wertvoll, nützlich, schöpferisch oder schön betrachtet wird.“ Bei sogenanntem sublimiertem Verhalten handele es sich um von der Gesellschaft sanktionierte Verhaltensweisen, abgesehen von der Frage, inwieweit ihre Ursachen neurotisch sind. Belohnung oder Strafe der Gruppe können an sich die unbewußten Konflikte nicht ändern, im Gegenteil, eine von der Gesellschaft für nützlich gehaltene Ausdrucksform kann den Widerstand gegen jeden Versuch intensivieren, die unbewußten neurosenerzeugenden Konflikte zu ändern.

Freuds Paradebeispiel für die Sublimierung ist die künstlerische Produktion. Die Erforschung der Trieb- und Ich-Struktur von Künstlern und ähnlich pro-

duktiven Menschen hat jedoch gezeigt, daß schöpferische Arbeit nicht als Sublimierung begriffen werden kann. „Nicht das Freisein von neurotischen Störungen und das Überwiegen sublimativer Triebregelung scheint für Künstler eigentümlich, sondern eine bestimmte größere Offenheit gegenüber dem Unbewußten“ sagt Fürstenau (1967) und zitiert Kris (1952), der in der Fähigkeit zur „Regression im Dienste des Ich“ die Wurzel schöpferischer Arbeit sieht. Bei meiner Arbeit mit schöpferischen Persönlichkeiten habe ich feststellen können, daß der schöpferische Akt im besonderen Bewußtseinsverhältnis zu einem Ichzustand steht, den ich tertiären Denkprozeß nennen und nicht mit Kris unter dem negativen Zeichen der Regression betrachten möchte. Bei diesen Persönlichkeiten fand sich keineswegs die Symptomatik der Sublimation; vielmehr zeichnete sich deren Lebensstil durch Unkonventionalität und sexuelle Differenzierung aus. In der Kindheit wurden ihrer sexuellen Neugierde und ihrem konstruktiven ad-gredi keine unnötigen Grenzen gesetzt. In einer Diskussion am Berliner Psychoanalytisches Institut (Sommer 1968) vertrat Kurt Eissler erstaunlicherweise immer noch die alte, in seinem Goethe-Buch schon vertretene Ansicht über die Psychopathologie der schöpferischen Persönlichkeit. Eissler betonte auch die Notwendigkeit der schöpferischen Abstinenz während des psychoanalytischen Prozesses, um dadurch Strukturveränderungen herbeizuführen. Wir würden eher meinen, daß sich der Psychoanalytiker hier wie ein unterdrückender Vater oder eine ängstliche Mutter verhält, die das schöpferische ad-gredi verhindern.

Fürstenau, trotz seiner ausführlichen Darstellung der verschiedenen kritischen Argumente gegen den Sublimierungsbegriff, will ihn dennoch beibehalten. Sublimierung ist für ihn nicht mehr Ausdruck gelingender Normalität, sondern denunziert die „vermeintliche Normalität“ der „unauffälligen Neurose“. In dieser „negativen, desillusionierenden Anwendung“ behalte der Begriff „eine zentrale Funktion innerhalb der psychoanalytischen Theorie und Praxis“. Wir meinen aber, daß die negative Funktion nicht dem Begriff selbst zukommt, sondern der Kritik an ihm, die ihn als nutzlos und unanwendbar entlarvt. Die logische Konsequenz scheint uns, mit Kubie ganz auf den Sublimierungsbegriff zu verzichten.

Bei der Sublimierung handelt es sich um eine Abwehrform, mittels derer der Mensch eine „soziale Nische“ für seine Pathologie findet. Diesen Zustand, in dem sich der Mensch durch seine Anpassung an die sozialen Werte abgeschirmt fühlt, hat Karl Menninger (1967) mit dem Ausdruck „gesünder als gesund“ beschrieben. Ich habe ihn an einer anderen Stelle als „Überanpassung nach außen“ bezeichnet und gezeigt, daß hinter dieser Fassade der Angepaßtheit oft eine pathologische Persönlichkeitsstruktur verborgen ist, die gelegentlich die Fassade zersprengt und destruktiv agiert (Ammon 1970 b).

Schöpferische Arbeit ist dagegen Ausdruck einer erweiterten Ich-Autonomie und Ergebnis einer schuldfreien Entwicklung. Wir meinen daher, daß Triebunterdrückung nicht Voraussetzung, sondern Fessel der Ich-Entwicklung ist. Wir stoßen hier auf die Frage nach dem Über-Ich, das bei pathologisch verlaufender Entwicklung die Ausbildung der Ich-Funktion einengt und behindert, deren Tätigkeit feindselig unterdrückt. Entstehung und Rolle des Über-Ichs sind weitgehend ungeklärt, und die psychologische Forschung hat einander

widersprechende Vermutungen darüber angestellt. Wir können vielleicht allgemein sagen, daß das Über-Ich diejenige Instanz ist, welche die allgemeinen Einstellungen einer Gruppe zu ihren Lebensprozessen und denjenigen ihrer Mitglieder formuliert. Wenn wir mit Rapaport (1967) annehmen, daß sich das Über-Ich gemeinsam mit dem Ich in der Phase der beginnenden psychischen Differenzierung bildet, also in der ersten Auseinandersetzung mit den Triebregungen, dann können wir sagen, daß das Über-Ich, verglichen mit dem sich entwickelnden Ich, eine archaische Organisation darstellt, die aber von großer Wichtigkeit insofern ist, als sie entweder die Triebwirklichkeit anerkennen oder aber sie verleugnen kann. In dem einen Fall wird das Über-Ich Erfahrung und Ich-Entwicklung ermöglichen, im anderen Fall wird es beide erheblich beeinträchtigen.

Eltern, welche selbst ein strenges triebfeindliches Über-Ich und ein nur schwach entwickeltes Ich haben, werden den Bedürfnisartikulationen ihrer Kinder feindlich gegenüberstehen. Ihr schwaches, unabgegrenztes Ich wird sich durch die infantilen Triebregungen bedroht fühlen, und sie werden in den Kindern ihre eigenen Bedürfnisse verfolgen und unterdrücken. Diese Identifikation mit dem Aggressor ist eine schwere Beschädigung des Ich, und Kinder, welche als die früheste Minderheit und stellvertretend für alle anderen auf diese Weise verfolgt werden, können keine eigene Ich-Unabhängigkeit entwickeln. Ihre dahingehenden Versuche werden sie mit schwerer Angst und Schuldgefühlen bezahlen müssen.

Beide Charaktere, die aus solcher Situation hervorgehen, der „Untertan“ ebenso wie der „Revoluzzer“, werden ihre eigenen Ansprüche nicht ohne Schuldgefühl anmelden können. Der Untertan wird sich unterwerfen, sich mit dem Aggressor identifizieren und dadurch Schutz gewinnen vor seinen eigenen Emanzipationswünschen, die er im anderen verfolgen lernt. Der Revoluzzer kämpft für ein Recht, von dem er nicht überzeugt ist, daß es ihm wirklich zusteht, sondern welches er gegen unbewußte Schuldangst sich dauernd ertrotzen muß. Beide können mit ihrem Ich-feindlichen Über-Ich nicht kooperieren und erfahren keine Unterstützung wie etwa Luther, der sagt: „Hier stehe ich, ich kann nicht anders, Gott helfe mir!“ und sich mit seinem Über-Ich verbündet. Diese Problematik scheint uns auch eine wahrhaft obsoleete Auseinandersetzung innerhalb einiger Gruppen der Linken zu bestimmen, welche ihren Mitgliedern die Ich-Entwicklung verbieten und wie Lutz von Werder (1969) sagen, Ziel der persönlichen Entwicklung dürfe nicht die Ich-Autonomie sein, sondern das Klassenbewußtsein. Die revolutionäre Geste drapiert hier die lebensfeindliche Über-Ich-Organisation des verrotteten Bürgertums, wie es im Faschismus seine historische Gestalt gewonnen hat. In Wahrheit kann revolutionäres Bewußtsein nur dann schöpferisch sich entfalten und organisieren, wenn es basiert auf Ich-Identität und Kommunikationsfähigkeit, ja, es ist mit diesen identisch. Gruppen, welche die Emanzipation ihrer Mitglieder zur Ich-Identität als Gefahr für ihren eigenen Zusammenhalt erfahren, können selbst weder emanzipatorisch arbeiten, noch eine eigene Gruppenidentität entwickeln und sich zur handlungsfähigen Gruppe integrieren. Das falsch verstandene Klassenbewußtsein hat hier Über-Ich-Funktion nicht in dem Sinne, wie Freud es beschrieben hat als Repräsentanz eines relativ klar definierten gesellschaftlichen Rollen-

systems, in dessen Rahmen eine wie auch immer begrenzte Ich-Entwicklung möglich ist, sondern als eine Instanz, welche Ich-Entwicklung überhaupt arretiert.

Für Freud war die Ödipus-Situation die entscheidende Phase der Über-Ich-Entwicklung. Der Sohn, der seinen Vater töten wollte, wird nun selbst wie dieser, indem er die väterlichen Gebote und Verbote internalisiert. Auf diese Weise ist er in der Lage, den gesellschaftlichen Rollenerwartungen nach Maßgabe seiner Möglichkeiten zu entsprechen.

In unserem Zusammenhang ist dabei wichtig, daß die Ich-Entwicklung des Menschen zu dieser Zeit in ihren entscheidenden Zügen bereits abgeschlossen ist. Auch der Neurotiker, bei dem die Auflösung des Ödipus-Komplexes mißlingt, besitzt eine relativ stabile Ich-Organisation, die ihn befähigt, den gesellschaftlichen Anforderungen gerecht zu werden und seine ungelösten psychischen Konflikte auf seine Träume und seine Symptome zu begrenzen.

In neuerer Zeit ist jedoch ein allgemeiner Wandel des vorherrschenden Krankheitsbildes zu beobachten. Die klassische Neurose tritt in den Hintergrund und an ihre Stelle treten Reaktionen, welche in der ordinären Terminologie als psychotisch bezeichnet werden. Nicht in Träumen und Symptomen werden die psychischen Konflikte ausgelebt, sondern das Ausagieren findet traumhaft in die Realsituation hinein statt, und die Auseinandersetzung mit den irrationalen Ängsten und Bedürfnissen wird nicht länger auf eine psychische Provinz beschränkt. Dieser Wandel im Krankheitsbild drückt sich in der Traumstruktur der Patienten aus. Am Anfang der Behandlung enthalten die Träume nur Tagesreste und sie ähneln den von Freud beschriebenen „Kinderträumen“. Im Laufe der Analyse und mit der Erweiterung der Ich-Struktur können die Patienten „richtige“ Träume, „Träume des Unbewußten“ haben.

Das Ich dieser Patienten hat die ödipale Stabilität nicht erreicht, die ausgelebten Konflikte sind präödüpaler Natur, stammen aus der Zeit der symbiotischen Beziehung zur Mutter. Konfliktverursachend ist dabei eine Haltung der Mutter, welche dem Kind eigene Identität nicht zu gestatten vermag, entweder wie eine Glucke darauf sitzt oder aber es von sich stößt, das Kind mit dem Bade ausschüttet. Beide Verhaltensweisen sind meist miteinander verbunden, und das Emanzipationsverbot wechselt ab mit einer Haltung, welche das Kind einer Überemanzipation im Sinne von Bindungslosigkeit und Bindungsunfähigkeit preisgibt.

Dieser Struktur der pathogenen Situation entspricht die Symptomatik der Symbiosekranken. Von einer eigentlichen Über-Ich-Entwicklung kann man nicht sprechen. Vielmehr hängen sich diese Kranken mit symbiotischem Sog an immer neue Über-Ich-Gestalten, und der Zustand der Ich-Losigkeit erscheint ihnen als eine Art regressiver Utopie. Der Prozeß der Abgrenzung dagegen wird mit Todesangst erfahren, die dann als Destruktion aller Beziehungen, auch der zu sich selbst, abgewehrt wird.

Als eine wichtige Ich-Funktion erkennen wir die konstruktive Aggression im Sinne des lateinischen *ad-gredi*. Destruktives Verhalten begreifen wir als Pathologie dieser Ich-Funktion. Sie wird hervorgerufen durch eine erfahrungsunfähige Mutter und Gruppe, welche den Triebregungen und Bedürfnissen des Kindes verständnislos oder feindselig begegnen und dem Kind die Entwicklung

zu eigener Identität verbieten, eine Situation, auf die wir bei der Erforschung der sogenannten schizophrogenetischen Familiengruppen immer wieder stoßen.

Wichtigstes pathogenes Moment ist hier der Widerspruch zwischen dem tatsächlichen Verhalten der Familie und dem Selbstverständnis, das sie davon hat. Bateson und andere (1969) haben das als die „double-bind-Situation“ beschrieben, die definiert wird durch das Zerreißen des Kommunikationsprozesses in antagonistische Gegensätze, z. B. einander ausschließende Forderungen der Eltern, bei gleichzeitiger Unmöglichkeit für das Kind, die Situation zu erfassen. Eine mehr oder weniger ausgeprägte Dysfunktion des Ichs in seinen verschiedenen Aspekten ist die Folge. Derartige Situationen entstehen massenhaft in einer Gesellschaft, deren Selbstverständnis in eklatantem Widerspruch zu ihrer tatsächlichen Praxis steht, wie das bei der unseren der Fall ist.

Eine Gesellschaft, welche von sich behauptet, das Emanzipationsversprechen der bürgerlichen Revolution zu realisieren, zugleich aber auf der Basis von Triebangst und Schuldgefühl sich organisiert, welche die allseitige Kommunikation freier Individuen entwickeln will, aber auf Isolation und Ausbeutung statt auf Solidarität und Kooperation beruht, eine solche Gesellschaft verstümmelt nicht nur die Triebstruktur ihrer Mitglieder, sie macht es ihnen auch zunehmend unmöglich, mit dem eigenen Leid auch die eigenen Bedürfnisse zu erkennen, d. h. sie verhindert die Entwicklung von Ich-Identität. Sie gründet ihre Organisation auf der Annahme, daß die Triebe primär asozial seien und behauptet zugleich, die Menschen seien von Natur aus gut. Durch ihre tatsächliche Praxis bringt sie die postulierte Asozialität ebenso systematisch hervor, wie die traditionelle Psychiatrie in ihren Kliniken die ihrer Praxis entsprechenden Krankheitsbilder produziert.

Die Frage nach der Triebstruktur greift in diesem Zusammenhang zu kurz und die bloße Forderung nach Triebbefreiung geht am Problem vorbei. Es ist nicht das Problem, zwei antagonistische Triebe auszusöhnen oder zu domestizieren, sondern es dem Kind auf der Basis der Befriedigung seiner Primärbedürfnisse zu ermöglichen, seine biologisch gegebenen Ich-Apparate zu einer Ich-Organisation hin zu entwickeln, die der jeweils bestehenden gesellschaftlichen Realität *und ihren Möglichkeiten* entspricht. Eine mißlungene Ich-Entwicklung liegt unseres Erachtens nicht erst dann vor, wenn ihre Ergebnisse offen pathologische Formen aufweisen, sondern schon dann, wenn die Differenzierung der Ich-Organisation hinter dem objektiv Möglichen zurückbleibt. (Zum Beispiel autoritäre, auf Isolation oder unkritische Gemeinsamkeit hinzielende Ich-Strukturen in einer gesellschaftlichen Situation, die in wachsendem Maße Kommunikations- und Gruppenfähigkeit verlangt. Hierher gehört auch die unauffällige Neurose der Sublimierung.)

Ich-Entwicklung erfolgt unter spezifischen historischen Bedingungen und ihr Ziel, die Ich-Identität, ist eine historische Aufgabe für das Individuum ebenso wie für die Gruppe und die Gesellschaft. Umweltplanung als Planung gelingender Kommunikation hat hier ihren Platz. Auf der einen Seite müssen wir das, was immer noch Erziehung genannt wird, als wirklichen Emanzipationsprozeß ermöglichen, auf der anderen Seite müssen wir uns fragen, ob das ge-



sellschaftlich entscheidende Kommunikationssystem, nämlich die Art und Weise wie die lebensnotwendigen Güter produziert und verteilt werden, unseren Bedürfnissen noch entspricht.

## Literatur

- Alexander, F. (1946): The Principle of Corrective Emotional Experience. (S. 66—71) in: Alexander, F. and French, M. Th.: Psychoanalytic Therapy. The Ronald Press Comp. N. Y.
- Alexander, F. (1956): A Note to the Theory of Perversion. — in: S. Lorand (Ed.): Perversions (New York). Zitiert nach P. Fürstenau (1967).
- Ammon, G. (1959): Theoretical Aspects of Milieu Therapy. The Menninger School of Psychiatry, Juni 1959.
- (1969): Verifikation von Psychotherapie bei schizophrener Reaktion, in: Confinia Psychiatrica, Vol. 12, No 1.
- (1969): Oralität, Identitätsdiffusion und weibliche Homosexualität — in: Dyn. Psych., 2. Jg., H. 1/2.
- (1969): Zur Psychodynamik und Gruppendynamik der Aggression — in: Wege zum Menschen, 21. Jg., H. 5.
- (1969): Herrschaft und Aggression — Zur Psychoanalyse der Aggression — in: Dyn. Psych., 2. Jg., H. 3.
- (1969): Destruktion und Autorität. Eine Psychoanalytische Studie. Vortrag auf der Arbeitstagung der Deutschen Kriminologischen Gesellschaft, F. a/M. Im Druck.
- (1970 a): Zur Psychoanalytischen Theorie und Praxis von Anpassung und Emanzipation — in: Dyn. Psych., 3. Jg., H. 1.
- (1970 b): Abrupter Durchbruch destruktiver Aggression als psychiatrisches Problem. Beiträge zur gerichtl. Medizin, Bd. 27.
- Baran, P. A. (1966): Marxismus und Psychoanalyse — in: Unterdrückung und Fortschritt (Frankfurt/M.: Suhrkamp Verlag).
- Baleson, G., Jackson, D. et al. (1969): Schizophrenie und Familie (Frankfurt/M.: Suhrkamp Verlag).
- Erikson, E. (1965): Kindheit und Gesellschaft (Stuttgart: Ernst Klett Verlag).
- Freud, A. (1936): Das Ich und die Abwehrmechanismen (London: Imago Publishing Co. Ltd.).
- Freud, S. (1904): Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. Gesammelte Werke Bd. 5 (S. 27—132) (London: Imago Publishing Co. Ltd.).
- (1913): Zur Einführung in den Narzissmus. aaO. Bd. 10 (S. 138—172).
- (1920): Jenseits des Lustprinzips. aaO. Bd. 13 (S. 1—71).
- (1920): Das Ich und das Es. aaO. Bd. 13 (S. 235—291).
- (1930): Das Unbehagen in der Kultur. aaO. Bd. 14 (S. 414—507).
- Fürstenau, P. (1967): „Sublimierung“ in Affirmativer und Negativ-Kritischer Anwendung. Jhrb. d. Psychoanal. Bd. IV.
- Hartmann, H. (1937): Ich-Psychologie und Anpassungsprobleme (Stuttgart: Ernst Klett Verlag, Deutschsprachige Neuauflage 1960).
- (1964): Zur Psychoanalytischen Theorie des Ichs (Stuttgart: Ernst Klett Verlag).
- (1964): Essays on Ego Psychology. (New York: Internat. Univers. Press. Inc.).
- Kris, E. (1952): Psychoanalytic Explorations in Art (S. 42—64) (New York: Internat. Univ. Press. Inc.).
- Kubie, L. (1962): The Fallacious Misuse of the Concept of Sublimation. Psychoanalyt. Quart. 31., 73.
- Loch, W. (1965): Voraussetzungen, Mechanismen und Grenzen des Psychoanalytischen Prozesses (S. 44) (Bern/Stuttgart: Huber Verlag).

- Marcuse, H. (1967): *Triebstruktur und Gesellschaft* (Frankfurt/M.: Suhrkamp Verlag).
- Menninger, K. (1967): *Das Leben als Balance* (München: Piper Verlag).
- Rapaport, D. (1967) in: *The collected Papers of D. Rapaport*, ed. M. M. Gill (New York/London: Basic Books, Inc.):
- The Autonomy of the Ego (s. 357—366).
  - Present-Day Ego Psychology (S. 599—603).
  - Clinical Implications of Ego Psychology (S. 586—593).
  - A Theoretical Analysis of the Superego Concept (S. 685—708).
- Werder, L. v. (1969): *Rote Presse Korrespondenz*.
- Winnicott, D. W. (1969): *Kind, Familie und Umwelt* (S. 222 ff, S. 144 ff) (München/Basel: Ernst Reinhard Verlag).

### **Ego-Structure and Society: Toward a Psychoanalytic Theory of Culture**

Günter Ammon

On the request of a research group at the „Institut für Umweltplanung“ in Ulm (University of Stuttgart), the author presented this paper as a contribution to a colloquium discussing the two following questions: 1. What is the relation between the ego-structure of a person and the articulation of his needs? 2. How far can the structure of instincts be changed under the influence of society? The author begins his paper with the remark that it is one and the same process, in which the individual and his group are equally involved, the one expressing his needs, the other responding to his expression and reflecting it. It is a mutual relation in which the expression of natural needs establishes a form of communication dependant upon the degree of satisfaction, a process implying in its turn new differentiation and new forms of needs. Speaking of the individual we call this process ego-development, in the species it is history.

Freud considered the two aspects of the process, the natural expression of needs and their differentiation as essentially antagonistic. Psychoanalytic ego-psychology and group studies show that they are rather complementary. The development of both libido and ego is not to be separated in a merely biological and a merely social one, the one being in a necessary and unavoidable conflict with the other. Ego-development comprises instinctual development and integrates it in an ever wider ego-autonomy. This applies to all levels of human history: to the child in the family and to the man in group and society.

Accordingly, the question to put is this: In what way should the satisfaction of needs be organised in order to permit the realisation of ego-autonomy?

The point on which the author lays stress is the type of communication which allows the articulation of needs as well as their differentiation. As example he gives the analytical situation in which the analysand comes to recognize and express his needs, hitherto unknown, through the understanding of the analyst. Another point in the experience of expression and communication of needs is the limitation of the ego against the non-ego. An appropriate satisfaction of needs leads to the development of an autonomous ego, conscious of its distance from others. An example taken out of two families, who are in group-therapy, while their children are in the Psychoanalytical Kindergarten (Berlin), illustrates this. The first family showed obvious psychic disturbances in all its members, the members of the second displayed a behavior in conformance with social standards. All along the therapy the members of the first family came to express their emotions and feelings frankly and could develop a good form of communication among them,

whereas the members of the second clung to each other symbiotically and were unable to define their emotional attitudes and behavior due to anxiety.

Psychoanalytic theory treats this problem under the aspects of frustration and sublimation. Unavoidable frustration is dependant upon the given possibilities of satisfying the primary needs and upon the communication ability of mother, group or society.

Frustration as taming of „asocial“ instincts can only produce irrational anxiety and obstruct ego-development. The author refuses the Freudian thesis, that cultural values are assumed by the child only in the latency period. On the contrary, learning is connected with the satisfaction of instincts and the formation of creative personality takes place before this age.

Freud conceived the ego as a resourceless instance mediating the id and the super-ego. It has to be adapted to social norms. The author discusses thoroughly this concept of sublimation. Hartmann proposes the concept of the neutralisation of instinctual energy instead of the changing of instinctual aims. But both concepts suggest that submission and renunciation of instincts are necessary to socialisation. Kubie's critical remarks to the concept of sublimation are confirmed by the author. He had observed that creative persons show no regression and no sublimation. They are mostly endowed with sexual differentiation and illimited constructive ad-gredi. Sublimation is rather a pathological symptom.

Contrary to sublimation the concept of a widened ego-autonomy has the advantage of representing the possibility of an ego-development without guilt. Repression of instincts can lead but to a pathological development of ego-functions. The concept of super-ego, as an instance in which the attitudes of the group toward the vital necessities of its members are expressed, is not clarified in the psychoanalytic literature. Rapaport assumed that the formation of the super-ego is contemporary with that of the ego. An archaic super-ego organisation would either favor or obstruct the ego-development according to its attitude toward instinctual desires. Parents with a super-ego, hostile to instincts, will resist to the needs of their children and regard them as a threat to their own security.

Out of this situation two kinds of character can arise: the submissive subject and the pseudorevolutionary. The former identifies himself with the aggressor, procures through this identification self-protection and a pretext to persecute others. The latter behaves under unconscious guilt and anxiety. In both cases a cooperation between ego and super-ego is lacking. The author states that a really creative revolutionary consciousness can only be developed on the basis of ego-identity and ability of communication. When one opposes the revolutionary consciousness of class struggle to ego-autonomy, this would mean the establishing of a new super-ego without procuring any insight in the dialectics of needs and communication.

The constitution of the super-ego, as developed by Freud, was connected with the oedipal phase. But in this phase, the ego has already obtained most of its decisive features. The neurotic possesses an ego-organisation, which is relatively stable. In recent time we are confronted with a change in the structure of mental illness. Conflicts are no more acted out in dreams and symptoms, but in the reality itself experienced like a dream. The author has observed that most of the dreams of many patients at the beginning of therapy are undifferentiated and unelaborated. With the advance of therapy the patients have gradually dreams with more complicated structure. These patients have not reached the oedipal stability and remain in the symbiotic relationship to the mother. The structure of the syndroms is accordingly different. Destructive behavior is the predominant trait. The author states his thesis; aggression as an ego-function is constructive so far it serves ego-autonomy. Destructive behavior is a disturbance of this function, caused by a mother or a group,

who are unable to experience their needs and to express them adequately. The new studies of schizophrenia show how contradictory communication processes lead to a dysfunction of the ego.

The author concludes that the problem of ego-structure is to be regarded as a social one, when we consider the way in which the society, as the largest group, defines the vital needs of its members, responds to them and thus fosters or hampers their ego-autonomy.

## Psychotherapeutic Effectiveness in Different Social Settings\*

Hans A. Illing\*\*

Before discussing the practices and modalities of psychotherapy in this paper, reference should be made to an earlier publication, in which I had the privilege of participating (Hacker, Bergreen and Illing, 1965). In this paper my colleagues and I had discussed only two clinics governed and operated by the same clinical staff in two vastly different cultural settings. It was also pointed out that the same basic philosophy and approach prevailed and essentially the same treatment methods were employed. Although a larger publication was promised, this never came true. The conclusions of the aforementioned paper have probably not changed drastically in this paper.

Like the former paper, I wish to start from the fact that I had a unique opportunity to observe psychiatric patients and processes in two vastly different cultural settings. In 1960, I joined the psychotherapeutic outpatient clinic in an upper-stratum, residential area of Beverly Hills (an area now both famous and notorious for its inordinate number of psychoanalysts). At the same time, I also started working in a similar clinic in a strikingly different area, the lower middle class industrial suburb of Lynwood, approximately a 40-minute-drive from Beverly Hills, where the other clinic is located. When I became associated with both clinics, the Lynwood Medical Center, serving a population of over 750,000 people, had no facility devoted to dynamic psychiatry (and has not at the time of this writing, 1970) in contrast to Beverly Hills, where the ratio is 1 psychiatrist to each 166th resident.

As stated in the former paper, from the outset, both clinics were staffed by the same members of the therapeutic team. The comparisons made in that paper relied largely on impressionistic generalizations which were not supported (or rationalized) in that paper by statistical treatment of clinical data. Most of my time, I spent in the Lynwood Clinic, and, among some 15 therapists, I was one out of two (the second of the two other members having been deceased last year), who also applied group psychotherapeutic techniques. In general, the observations of my co-therapists and co-authors of the aforementioned article, published five years ago, are still valid today. We stated then that we had observed in the Beverly Hills patient material the present secular trend toward mixed symptoms with a prevalence of narcissistic disturbances, ego defects, and overall personality disorganization, superimposed on and confusing the neurotic constellation (sociopathologization). We stated further that "most Beverly Hills patients sought and entered therapy well informed and well prepared. They knew what to expect and generally had had some intimate acquaintance with psychiatric therapy themselves or through relatives and friends. Classical psychoanalytic procedures were often requested, almost as status symbols, but were considered indicated and applicable only in about half the comparable percentage of Lynwood patients."

---

\* Presented at the 47th Annual Meeting of the Orthopsychiatric Association in San Francisco, California, March 24, 1970.

\*\* Ph. D., The Hacker Clinic, Beverly Hills, California

On the other hand, in the Lynwood setting, possibly due to cultural lag and to a lesser degree of sophistication, no informed doubt had yet stemmed conversion-mechanisms as disguises of repressed sexuality or compulsions as displacement maneuvers for the discharge of unconscious conflicts. Insight-giving techniques (among them classic psychoanalysis) had, therefore, strong emotionally moving, therapeutic affects.

In the reports of old psychoanalytic case histories, we stated then: "After overcoming the initial reserve and reluctance to enter treatment, often powerfully reinforced by the family and the local doctors, long and spontaneous survival (usually until termination by mutual agreement) was the rule."

In the Lynwood setting there has been quite a change since the above lines were published. In the meantime, the new California Medi-Cal Law was enacted, and a large intake of new patients, all of them on state relief, were seen, usually to the maximum time allowed by the law. Needless to say, this large addition of new patients, who probably never had had any psychological contacts before in their lives, had a decisive impact on the staff in all aspects, modality of treatment, (psychiatrists who formerly never had used group psychotherapy, now formed groups, often for the sake of expediency). A great deal of time and additional personnel were needed, such as secretarial help, to overcome the mountain of paperwork. It seems to me that initial time of adjustment to this new situation took perhaps one year. At the present, the adjustment period has leveled off the point where new medical patients apparently are readily absorbed by a staff member, but the group psychotherapeutic modality is definitely a preferable one, in view of the large number of new patients.

Although there was some influx of Medi-Cal patients in the Beverly Hills clinic, it was minute compared with the Lynwood clinic. In the Beverly Hills clinic the same can be said as was in our publication 5 years ago; namely, that the initial dropouts after or before the first contact were about four times greater in Lynwood than in Beverly Hills. We stated that "less than 15 % of the Beverly Hills patients did not come or return after or before the first interview." (This in contrast to Lynwood where the ratio was almost 60 %).

Today I could not state, as we did 5 years ago, that "with some Lynwood patients, the intrinsic flexibility of the therapeutic situation had to be flexibly altered into a more securely authoritative relationship to provide the only feasible frame in which transference feelings and transference neurosis could freely and spontaneously develop. As seemingly none-authoritarian permissiveness was often so frightening to such patients that they could permit themselves nothing but the resistance manoeuvres of denial, repression that derivatives of projections and treatment break up."

Also, the mechanics of paying was quite different: In Beverly Hills, nearly all fees are directly paid or promised by the patients themselves. In many instances, therapists even insisted that the patient be personally responsible for fees rather than relatives or trust funds, in order to emphasize the importance of treatment; hence, as we stated 5 years ago, greater difficulties were anticipated in Lynwood, where the vast majority of our fees are defrayed by insurance companies and by agencies other than the individual himself. Yet this funda-

mental alteration in mode and type of financial obligation, changing many aspects of psychotherapeutic "contract", was not reflected either in treatment motivation, duration or success, though we strenuously looked for differences. With the exception of the new Medi-Cal patients, this is still true today in Lynwood; however, the exception, namely the Medi-Cal patients, are being fast becoming the majority of the Lynwood patients.

Adding a note on the group psychotherapeutic differences between the Beverly Hills and the Lynwood clinics, it seems that the opposite was true: the length and duration of treatment in group psychotherapy for the Beverly Hills group was far shorter than that for the Lynwood group, speculating that perhaps the Lynwood patients felt that they got a "bargain" and hence continued longer with treatment than the Beverly Hills group.

I would like to describe briefly two groups, one in Beverly Hills and one in Lynwood. In the Beverly Hills group I had a mixed group of 4 male and 3 female patients, ages 25 to 40: All patients were in individual treatment with different therapists in the Beverly Hills Clinic, but the therapists thought that group psychotherapy might be a supplemental method in helping these patients. Since the therapists in Beverly Hills are usually psychoanalytically oriented or are psychoanalysts, I attempted to apply psychoanalytically oriented group therapy methods with these patients too. Generally, all of these patients seemed to know what group therapy was, what to expect, and generally had had some intimate acquaintance with psychiatric therapy themselves or relatives and friends. Psychodiagnostically, the patients ranged from one member with a severe personality disorder to another member with a mixed neurosis. No psychotic processes were known to have existed in any of these patients prior and during their treatment. The topic of their discussions may be called an intellectualization inasmuch as they voluntarily delved into such psychological concepts, as the conscious and the unconscious, "latent" drives, such as homosexuality, and so on. My role was far more passive than that in Lynwood, and I often did not need to speak or to interpret anything. This group lasted for about 8 months (Mathis and Collins, 1970). In contrast, one of my 6 Lynwood groups consisted of 3 female and 2 male patients with 2 or 3 other patients coming or leaving in the course of nearly 3 years. Here too, I was not aware, psychodiagnostically speaking, that there had been any psychotic processes present prior to or during therapy. Also in contrast to the Beverly Hills Clinic, each of the Lynwood patients in my group was seen individually only by me.

Furthermore, as indicated above, I became much more active in this group, was considered either a "leader" or/and "authority", and the like. All patients seemed to have taken for granted that they were meeting with me on a certain evening of a week, come rain or shine. In contrast to Beverly Hills (where there was some, but not much, absenteeism in the group) the group attendance in the Lynwood group was nearly perfect. Apparently the patients thought that I would frown on them if they were absent. Also the group discussions differed vastly from those in Beverly Hills. Real denial and projection mechanisms were evident, particularly where sex was involved, which was rarely discussed. It seemed to be more comfortable to these patients to discuss jobs, cars, occasionally their relationships to their families, etc. However, being, so

to speak, asked to be the leader of the group, I took it on myself to raise the subject of sex and sexual fantasies and dreams, etc., on many occasions, often noting clinically the acute discomfort of most of the patients.

I can, therefore, repeat the closing sentence in our former paper, that "the challenge which we try to meet, by the attempts reported in our pilot study, is that of devising new, intuitive, rational approaches by adjusting, modifying and expanding the frames without abandoning the basic essentials of psychotherapy that is committed to individual improvement and the realization of human dignity."

It seems to me that entirely different settings provided somewhat different aspects of psychotherapeutic techniques in the following two settings, in which I also was active simultaneously, along with my association with the Beverly Hills and Lynwood Clinics.

The first is the Parole Outpatient Clinic of the California Department of Correction, the clinic being located in a State Building in downtown Los Angeles. The period of my association was approximately the same as with the Hacker Clinics. With the Parole Outpatient Clinic, however, I dealt primarily with patients who (1) were released from state prisons after having served some time for a variety of offenses, and (2) one of the conditions of their parole, as set forth by the Adult Authority, was that the patients had to undergo psychiatric treatment "on a mandatory basis." Therefore, the element of resistance (which in some way was present with all patients of the Beverly Hills Clinics), was particularly evident at the Parole Outpatient Clinic, where the patients raved and ranted when appearing for their first appointment, since they did not want to be encumbered with additional time taken out of their pockets and which they could have spent either on the job or for leisure time activities, and the far greater type of resistance, that of going to a "head shrinker," which they felt was derogatory to them and was worse than being called a convict. I might add here that it usually has taken me (as well as my colleagues) anywhere from 6 to 18 months to overcome this resistance and establish a positive relationship. There are exceptions on both sides, those who never accept their condition to have psychiatric treatment and those who accept it immediately. Unfortunately, for the sake of expediency, too, most patients at the Parole Outpatient Clinic have to be seen in groups, as there simply is not enough manpower and professional personnel to spread around in order to cover the huge influx of new patients leaving prisons and having the Board's mandatory condition to attend the Parole Outpatient Clinic. Wherever possible, however, I have seen patients individually (with always supplemental group psychotherapy), since, obviously, group psychotherapy, like any kind of therapy, is never the sole answer to all problems in this world. On the other hand, I had to be "realistic," to accept the working conditions, as they existed at the Parole Outpatient Clinic, namely that there are far too many patients for far too few therapists.

In very briefly describing one group, composed of sex offenders only, which I had for about 4 years, between 1962 and 1966, it seems that these sex offenders (mostly exhibitionists, one or two passive dependent homosexuals, one or two child molesters, and one rapist) do only well over prolonged periods of



times when they really have the opportunity to establish a positive transference relationship to me (Mathis and Collins, 1970). This all of them did, with only one exception (who became a recidivist and went back to prison). In other words, I saw these state patients for up to 4 years with continued success. "Success" at the Parole Outpatient Clinic merely and usually means that the patient did not get into trouble with the law again and that he successfully completed his period of parole. This may appear to be a modest demand, but may not be a small achievement considering the extremely deprived backgrounds of these individuals.

Psychodiagnostically speaking, the exhibitionists formed one clique in the group of 8 sex offenders: they were of a passive-dependent personality-structure, often very depressed, and so-called "introverts", a word which they often used to rationalize their reservations, their quietness and their schizoid features. Two of the passive dependent homosexuals seemed to fit into the character structure of the exhibitionists, and so did the 2 child molesters. Only the rapist showed signs of a different character structure: he was of an aggressive type with obvious personality disorders and the only one in the group who had spent several terms in state prisons. He felt like a natural leader, all "junior therapist", by often taking the initiative and giving a little speech or telling the others what to do.

Also, the patients of the Parole Outpatient Clinic are different from those of the two aforementioned clinics, inasmuch as they seem to have far less security and confidence, have more difficulty in obtaining jobs (because of their convictions and their record of arrests), and also feel that they are shunned by "the outside world." At times this feeling of being shunned may have taken a paranoid color, more often it was real. Of the exhibitionists, several of them were married and there were occasional contacts with the wives, who, in several instances, had seen their husbands through their prison terms, patiently awaiting their release from prison. These wives could truly be called the "crime spouses", as I had described them in previous papers (Illing 1960, 1961).

The fourth and last clinic setting is located in my own suburban neighborhood, a part-time clinic, available to people who are residents or who are employed in my neighborhood and cannot afford the fees of private practitioners. Again, I worked in this clinic approximately the same time and length as in the aforementioned 3 clinics. In fact, I started with the clinic when it first opened. Differently from the other clinics, I am donating my professional time as a "volunteer", as most of the other staff members do likewise.

The group is composed of sometimes more males, sometimes more females. It is an "open-end" group, inasmuch as some patients terminate and the staff may refer a new patient to my group. For my convenience, the group meets on one weekday evening for an hour and a half. The symptomatology of these patients is approximately that of a patient population described above in the Lynwood clinic, except, that these patients cannot afford the fees of private practitioners. Also, differently from all of the other clinics mentioned, the donation of my free time usually extends only to the 90 minutes of group therapy weekly. Hence the patients have come to expect of group psychothe-

rapy considerably more than I would like them to have it. I mentioned above that group psychotherapy "like any kind of therapy, is never the sole answer to all problems in this world." Therefore, both the patients and the therapist have tried hard to make do with these 90 minutes every week. In most instances, this seemed to have worked contrary to my own expectations. Only a few crisis situations arose, whereby I had to make additional time available to see one or the other patient individually after the group meeting.

*Summary:* Effectiveness in different social settings for psychotherapy apparently has to be adjusted to the peculiarity of each setting, and sometimes, as in the case of the Parole Outpatient Clinic, the peculiarity of the patients "condition" to have psychiatric treatment. But, it seems to me, the basis of psychotherapeutic effectiveness is the same in all settings, as we deal with human beings, no matter what the status, the fee, or the time and place of therapy may be. I would not hesitate to state that psychotherapeutic effectiveness always includes a positive transference relationship, which in turn means usually prolonged terms of therapy. Hence, "short-term" psychotherapy appears to be out of question, primarily for 2 reasons: 1. Most of the patients pathology precludes short-term psychotherapy, and 2. My orientation, being psychoanalytical, precludes short-term psychotherapy, too.

Some of my other findings may be suggestive of changes, and in that sense, hopefully, constructive. All patients (even those who had a mandatory condition) showed the importance of accepting and using certain cultural role expectations for therapeutic success by abandoning the therapeutic preoccupation with such dichotomies as normal-abnormal, insight-resistance, sober realism-wishfulfillment, etc. Some magical fantasies provided, over long periods of time, the fuel for keeping the treatment of magic expectations going. Obviously, these techniques cannot be called psychoanalytic in any strict sense of the word. This is precisely my chief argument: that the cultural circumstances (external, economic, interpersonal) do not just *influence* the treatment process but enter initially and fundamentally into the structure of treatment. The patient's, the family's and the community's role definitions, the prevalent and accepted attitudes toward illness, the patient's self-awareness in terms of acceptance of, or rebellion against, such concepts, become vital elements of the presenting symptom picture in the total treatment setup. The micro-social treatment situation at first has to account for the micro-social factors by reflecting and absorbing them, even though it may later attempt to change them. The challenge which I had tried to meet was to devise some intuitive and rational approaches by adjusting, modifying and expanding the frames without abandoning the basic essentials of psychotherapy, which is committed to individual improvement and realization of human dignity.

### Literatur

- Hacker, F. J., Bergreen, S. W. and Illing, H. A. (1965): Impact of Different Social Settings on Type and Effectiveness of Psychotherapy. In: *The Psychoanalytic Review*, 52, p. 38—44.
- Illing, H. A. (1960): Psychotherapeutische Behandlung von Ehepaaren. In: *Die Heilkunst*, 73, p. 259—261.

- Illing, H. A. (1961): Central Themes of Delusional Productions in Group Psychotherapy with Schizophrenic Patients. In: Acta Psychotherapeutica, 9, p. 1—9.
- (1962): Transference and Countertransference in Analytic Group Counseling. In: Acta Psychotherapeutica, 10, p. 13—25.
- Mathis, J. L. and Collins, M. (1970): Mandatory Group Therapy for Exhibitionists. In: American Journal of Psychiatry, 126, p. 1162—1167.

### **Wirksamkeit der Psychotherapie in verschiedenen sozialen Milieus**

Hans A. Illing

Ich hatte die einzigartige Gelegenheit, psychiatrische Patienten und Prozesse in zwei gänzlich verschiedenen sozialen Milieus zu beobachten. 1960 wurde ich Mitarbeiter einer psychotherapeutischen ambulanten Tagesklinik in einem reicheren Wohnviertel von Beverly Hills (ein Gebiet, das sowohl berühmt wie auch berüchtigt ist für seine unmäßig hohe Zahl von Psychoanalytikern). Zur gleichen Zeit begann ich auch in einer ähnlichen Klinik in einem auffallend anderen Viertel zu arbeiten, in dem industriellen, von der unteren Mittelklasse bewohnten Vorort Lynwood, ungefähr 40 Minuten Autofahrt von Beverly Hills entfernt gelegen, wo die andere Klinik sich befindet. Als ich in den Mitarbeiterstab beider Kliniken eintrat, hatte die Lynwood Klinik, die eine Bevölkerung von über 750 000 Menschen psychiatrisch zu versorgen hat, keinerlei Einrichtungen für die Durchführung von dynamischer Psychiatrie — und hat sie auch heute, zum Zeitpunkt dieses Vortrages, 1970, noch nicht — ganz im Gegensatz zu Beverly Hills, wo auf 166 Einwohner ein Psychiater kommt.

Beide Kliniken sind mit dem gleichen therapeutischen Team ausgestattet. Die Vergleiche, die in diesem Vortrag gemacht werden, beruhen weitgehend auf impressionistischen Generalisierungen, welche nicht durch statistische Auswertung von klinischen Daten ergänzt wurden.

Ich verbrachte die meiste Zeit meiner Praxis in der Lynwood Klinik, wo ich unter 15 Mitarbeitern einer von 2 praktizierenden Psychotherapeuten war. Was die Symptomatik betraf, konnten wir in Beverly Hills einen starken Trend gegenwärtig in Richtung gemischter Symptome mit einer Vorherrschaft von narzistischen Störungen, Ego-Defekten und Disorganisation der Gesamtpersönlichkeit beobachten; alles die neurotische Konstellation überlagernd und verwirrend (socio-pathologisation). Die Patienten von Beverly Hills begannen ihre Therapie gut informiert und vorbereitet. Sie wußten, was sie erwartete und hatten generell durch Verwandte und Freunde genauere Bekanntschaft mit psychiatrischer Therapie gemacht. Oft wurden klassische psychoanalytische Prozeduren — meist als Status-Symbol — gefordert, wurden von uns aber nur in halb so viel Fällen wie in Lynwood (prozentual zur Gesamtpatientenzahl gesehen) als indiziert und anwendbar betrachtet.

Die Patienten von Lynwood dagegen hatten — wohl auf Grund eines geringeren Bildungsniveaus und daher auch eines geringeren Intellektualismus — keine Ahnung davon, daß Konversionsmechanismen Verkleidungen verdrängter Sexualität sind oder daß Zwänge Ersatzmanöver für die Entladung unbewußter Konflikte sind. Daher hatten dort Methoden, die Einsichten weckten, (unter ihnen die klassische Psychoanalyse) eine starke, von intensiven Gefühlen begleitete therapeutische Wirkung.

Bei den Lynwood-Patienten waren in der Regel starke Anfangswiderstände — die meist von der Familie und den Hausärzten verstärkt wurden — zu überwinden, danach war meistens ein langer, spontaner Gesundheitswille — gewöhnlich bis zur Beendigung der Therapie im wechselseitigen Einvernehmen — zu verzeichnen. Die

Zahl derjenigen Patienten, die vor oder nach dem ersten Kontakt mit dem Therapeuten wieder die Therapie aufgaben, war in Lynwood viermal so groß wie in Beverly Hills: weniger als 15 % der Patienten von Beverly Hills kamen nicht zum ersten Interview oder kamen danach nicht mehr — in Lynwood waren es fast 60 %. Auch die Art der Bezahlung der Behandlung ist bei den beiden Gruppen von Patienten sehr unterschiedlich: In Beverly Hills zahlen nahezu alle Patienten selber — in Lynwood werden die Behandlungskosten überwiegend von Versicherungen oder der staatlichen Verwaltung (Medi-Cal Act) getragen. Die unterschiedliche Zahlungsart hat jedoch keine Unterschiede in Behandlungsmotivation, Behandlungsdauer und -erfolg zur Folge gehabt.

In der Gruppentherapie war zu beobachten, daß die Lynwood-Patienten erheblich länger in Gruppentherapie blieben als die Beverly-Hills-Patienten — vielleicht, weil die Lynwood-Patienten fühlten, daß sie hier ein gutes „Geschäft“ machten und deshalb länger bleiben wollten.

Ich möchte zwei Gruppen, eine in Beverly Hills und eine in Lynwood, näher beschreiben: In der Beverly-Hills-Gruppe waren 4 männliche und 3 weibliche Mitglieder, zwischen 25 und 40 Jahren. Alle waren bei verschiedenen Therapeuten der Klinik auch in Einzeltherapie, ihre Therapeuten hielten aber eine zusätzliche Gruppentherapie für indiziert. Da die Therapeuten in Beverly Hills gewöhnlich psychoanalytisch orientiert sind, wandte ich auch entsprechende psychoanalytisch orientierte Gruppentherapie bei jenen Patienten an. Die Symptomatik der Patienten reichte von schwerer Persönlichkeitsauflösung bis zu gemischten Neurosen. Die Gruppe neigte sehr zum Intellektualisieren, befaßte sich häufig mit psychologischen Konzepten wie das Bewußte und Unbewußte, „latente“ Triebe usw., meine Rolle in der Gruppe war überwiegend passiv, ich brauchte nur selten einzugreifen und zu interpretieren. Die Gruppe blieb 8 Monate zusammen.

Die Lynwood-Gruppe dagegen bestand aus 3 weiblichen und 2 männlichen Mitgliedern, mit einer Fluktuation von 2 Mitgliedern in ihrer dreijährigen Existenz. Hier waren keine psychotischen Prozesse vor oder während der Therapie festzustellen — alle Mitglieder dieser Gruppe wurden auch von mir in Einzeltherapie behandelt. In dieser Gruppe hatte ich eine wesentlich aktivere Rolle, wurde als „Autorität“ und „Führungsfigur“ angesehen, der Gruppenbesuch war sehr regelmäßig — im Gegensatz zu einer gewissen Abwesenheitsquote in der Beverly-Hills-Gruppe —, wahrscheinlich aus Furcht vor dem Therapeuten. Die Gruppendiskussion nahm einen wesentlich anderen Verlauf als in Beverly Hills, es traten echte Verleugnungs- und Projektionsmechanismen auf, insbesondere bei Gesprächen über Sexualität, die selten zur Sprache kam. Ich brachte — als Leiter der Gruppe sozusagen — das Gespräch häufig auf Sexualität, sexuelle Fantasien und Träume.

Die beiden Beispiele zeigen, daß man in den verschiedenen sozialen Milieus die Methoden der Gruppentherapie anpassen, verändern und erweitern muß, um den Gruppen gerecht zu werden — ohne dabei die wesentlichen Bestandteile der Psychotherapie aufzugeben. Diese Erkenntnis trifft auch auf die folgenden zwei Kliniken zu, in denen ich neben meiner Tätigkeit in Beverly Hills und Lynwood arbeitete.

Die eine ist die ambulante Klinik für Straftäter mit Bewährungsstrafen, eine Abteilung des California Department of Correction, wo ich ebensolange wie in der Hacker-Klinik arbeitete. Ich arbeitete dort vorwiegend mit Patienten, die man nach Verbüßung einer Freiheitsstrafe auf Bewährung entlassen hatte, unter anderem mit der Auflage, sich einer psychiatrischen Behandlung zu unterziehen. Ich hatte dort erklärlicherweise mit sehr starken Widerständen der Patienten zu kämpfen, da man sie zur Behandlung gezwungen hatte und sie die Therapie als Zeitverschwendung und schweren sozialen Makel betrachteten — ich brauchte regelmäßig zwischen 5 und 18 Monaten, um den Widerstand zu überwinden und eine positive therapeutische

Beziehung herzustellen. Leider konnten wir in der Bewährungshilfe-Klinik wegen des Personalmangels fast nur in Gruppen arbeiten, ich habe aber, so weit es ging, Patienten einzeln neben der Gruppentherapie gesehen. Lassen sie mich eine Gruppe dieser Klinik beschreiben: Sie bestand aus Sexualstraftätern — hauptsächlich Exhibitionisten, ein oder zwei passive, abhängige Homosexuelle, zwei wegen Unzuchtshandlungen an Kindern und einem wegen Vergewaltigung Verurteilten. Diese Gruppe hatte ich von 1952 bis 1956. Es schien, daß diese Sexualstraftäter nur dann über längere Zeiträume „erfolgreich“ therapiert werden konnten, wenn sie eine positive Übertragungsbeziehung zu mir aufbauten, was mit einer Ausnahme auch der Fall war. „Erfolgreich“ heißt in jener Klinik nur, daß der Patient nicht mehr mit dem Gesetz in Konflikt gerät und seine Bewährungszeit anstandslos beendet.

Innerhalb der Gruppe bildeten die Exhibitionisten eine Clique von 8 Personen: alle besaßen eine passive-abhängige Persönlichkeitsstruktur, waren häufig depressiv, schwiegen oft in der Therapie und zeigten schizoide Verhaltensweisen. Zwei der Homosexuellen und die zwei wegen Kindesmißbrauch Verurteilten schienen zu den Charakterstrukturen der Exhibitionisten zu passen, nur der wegen Vergewaltigung Verurteilte machte eine Ausnahme: er war sehr aggressiv mit offensichtlichen Zügen der Persönlichkeitsauflösung und er war der Einzige in der Gruppe, der mehrere Male im Gefängnis gewesen war. Er spielte oft den Gruppenführer und „Ko-Therapeuten“, ergriff die Initiative und gab den anderen Ratschläge.

Alle diese Patienten hatten weniger als die oben erwähnten Patienten der Lynwood- und Beverly-Hills-Klinik Zutrauen zur Therapie gefaßt, sie bekamen schwerer Arbeitsplätze und fühlten sich von der Welt „ausgestoßen“, das Gefühl war meist real, nahm zuweilen aber paranoide Färbung an.

Die vierte Gruppe befand sich in einer Tagesklinik in meinem eigenen Vorort-wohnviertel — sie war Patienten zugänglich, die einen praktizierenden Psychiater nicht bezahlen konnten; ich arbeitete auch hier ebensolange wie in den drei vorher erwähnten Kliniken. Diese Gruppe hatte ein „offenes Ende“, d. h. viele Patienten hören nach einer Weile auf und neue kommen auf Vorschlag der Klinikmitarbeiter hinzu — jene Gruppe tagte einmal wöchentlich für 1½ Stunden — ihre Symptomatik entsprach etwa derjenigen der Patienten in Lynwood. Die Patienten erwarteten hier wegen der nur einmal wöchentlich stattfindenden Sitzungen mehr von der Gruppentherapie, als mir lieb war, da ich meine, daß Gruppentherapie wie jede andere Form der Therapie nicht die alleinige Antwort auf alle Fragen dieser Welt ist.

Mein Hauptpunkt ist, daß die kulturellen Bedingungen (extern, ökonomisch, interpersonal) nicht einfach den Behandlungsverlauf beeinflussen, sondern von Anfang an und grundsätzlich die Struktur der Therapie prägen. Die Rollenvorstellungen des Patienten, seiner Familie und seiner Gemeinschaft, die vorherrschenden, akzeptierten Einstellungen gegenüber Krankheit und das Selbstbewußtsein des Patienten in Form der Akzeptierung oder der Rebellion gegen seine Krankheit, all das sind vitale Elemente der Symptomstruktur im Gesamtbehandlungsrahmen. Die Therapie muß die mikro-sozialen Faktoren des Patienten reflektieren, absorbieren und später vielleicht versuchen, sie aufzubrechen.

Author's address:

Hans A. Illing, Ph. D.

6112 West 77th Street

Los Angeles, Cal. 90045/USA

## Einleitung zum Schizophrenie-Denk-Index (WSDI)

Leighton Whitaker\*

Diese Arbeit stellt eine neue Testmethode vor, die der Verfasser entwickelt hat zur Messung von Denkabläufen und Denkstörungen bei schizophrenen Reaktionen. In zusammengefaßter Form sollen hier die Beweggründe für das Entwickeln eines solchen Tests, seine Beschaffenheit, Anwendungen und einige vorläufige Forschungsergebnisse diskutiert werden. Eine vollständigere und mehr technische Beschreibung des Tests wird in einem Buch „Das Messen schizophrenen Denkens“ erfolgen.

Es gibt kein umstritteneres wichtiges Thema unter den Spezialisten der Geisteskrankheiten als die Schizophrenie. Selbst auf den Terminus „Schizophrenie“ kann man sich international nicht einigen, wie Arieti (1959) hervorhob. Nimmt man allein die Vereinigten Staaten, so findet man, daß der Ausschuß der American Psychiatric Association, der das jüngste diagnostische Handbuch der Vereinigung herausgab, nur eine höchst oberflächliche Resolution erreichte: „Selbst wenn der Versuch unternommen worden wäre, so hätte dieser Ausschuß keine Übereinstimmung hinsichtlich des Wesens dieser Störung erzielen können. Übereinstimmung herrschte lediglich hinsichtlich ihrer Bezeichnung.“ (1968, S. IX).

Auf der einen Seite der Kontroverse befinden sich diejenigen, die auf dem Begriff der *dementia praecox* und seiner ursprünglichen Bedeutung beharren: einer Erbkrankheit, die zuerst in der Jugend auftritt, und deren definitiver Verlauf fortschreitende Demenz aufweist. Auf der anderen Seite befinden sich Autoren wie Arieti (1959), der, nachdem er seine langjährigen Untersuchungen unter Voraussetzung einer organischen Ursache der Schizophrenie begann, nach sehr ausgedehnten und detaillierten Beobachtungen feststellte, daß die Schizophrenie vor allem durch ihren sehr variierenden Verlauf unterscheidbar ist. Es gibt sogar eine große Anzahl von Autoren, die behaupten, Schizophrenie als eine Ganzheit existiert nicht, und was gewöhnlich als Schizophrenie bezeichnet wird, sind in Wirklichkeit mehrere Störungen, die im wesentlichen voneinander unabhängig sind.

In dem Chaos der Kontroverse verbleibt jedoch ein ziemlich großer Bereich der Übereinstimmung: wie Bleuler (1911) feststellte, ist das, was allgemein mit Schizophrenie bezeichnet wird, hauptsächlich durch eine Art Denkbeeinträchtigung charakterisiert, die sich in ihrer milderer Form durch lose Assoziationen und Einfälle und in ihrer extremsten Form durch scheinbar vollständiges Fehlen von Zusammenhängen zwischen den Assoziationen manifestiert. In diesem Punkt findet man bemerkenswerte Übereinstimmung unter Autoren völlig verschiedener theoretischer Überzeugungen. Daher geschieht es häufig, daß ein Forscher, entschlossen, einen genetischen Grund für die Schizophrenie zu finden, seine schizophrenen Versuchspersonen im wesentlichen nach denselben Kriterien hat auswählen lassen wie sein Gegner

---

\* Ph. D., Assistant Professor for Clinical Psychology, University of Colorado, Denver.

in der Theorie, der davon überzeugt ist, das Schizophrenie ausschließlich durch eine psychologisch schädliche Kinheitsumgebung verursacht wird.

Abgesehen von der Tatsache, daß große diagnostische Übereinstimmung darüber besteht, daß die Schizophrenie durch eine bestimmte Art von Denkstörung gekennzeichnet ist, gibt es noch eine andere Tatsache, die nahelegt, sich vor allem auf die Beeinträchtigung der Denkfähigkeit zu konzentrieren. Der Denkprozeß oder die erkenntnismäßige Anordnung von Symbolen ist allgemein in jeglicher Art von durchdringender Persönlichkeitsstörung beeinträchtigt. Demzufolge kann man, wie es Shapiro (1965) getan hat, verschiedene Persönlichkeits-Dysfunktionen wie hysterische, zwangsneurotische, paranoide und ausagierende Reaktionen durch ihr deutliches Begrenzen und Verzerren kognitiver Stile charakterisieren. Das Denken einer Person mit Zwangsneurose, zum Beispiel, zeichnet sich durch eine gewisse Starre aus, die sie dogmatisch und eigensinnig macht.

Die Tatsache, daß eine gewisse Beeinträchtigung der Denkfähigkeit in durchdringenden Persönlichkeitsstörungen — Schizophrenie einbegriffen — vorliegt, leuchtet theoretisch ein, wenn man betrachtet, was über den Denkprozeß bekannt ist: er ist der komplizierteste, einflußbarste und heikelste aller kognitiven Vorgänge. Das Denken ist von grundlegenden, kognitiven Prozessen abhängig, wie zum Beispiel Aufmerksamkeit, Erinnerungsvermögen und Wahrnehmung, und zeigt daher nicht nur eine Schwächung, wenn das Denken an sich beeinträchtigt ist, sondern auch, wenn diese mehr fundamentalen, geistigen Vorgänge beeinträchtigt sind. Auch erfordert das Denken an sich eine konzentriertere und genauere Anstrengung als einfachere, kognitive Prozesse, daher ist es auch am ehesten gestört, und Denkfehler kommen leichter vor als Fehler in der Wahrnehmung. Eine klinische Beobachtung, die dieses Prinzip veranschaulicht, besteht darin, daß die Halluzinationen (Phänomene der Wahrnehmung) schizophrener Personen von Wahnideen (Phänomene des Denkens) begleitet werden, daß aber ein Schizophrener mit Wahnideen durchaus keine Halluzinationen zu haben braucht. Im wesentlichen dürfte die Auswertung der Denkabläufe eines Menschen die sensibelsten Hinweise auf die Arten der Persönlichkeits-Dysfunktion liefern, die in den sogenannten schizophrenen Reaktionen von Bedeutung sind.

### *Definition und Meßbarkeit schizophrenen Denkens*

In der umfangreichen Literatur über Schizophrenie gibt es ungezählte unterschiedliche Beschreibungen und Erklärungen schizophrenen Denkens. In all ihrer Unterschiedlichkeit jedoch gibt es drei charakteristische Züge schizophrenen Denkens, die eine gewisse Basis der Übereinstimmung hinsichtlich seiner Definition und Meßbarkeit darstellen.

Schizophrenes Denken ist:

1. *Außerst unlogisch.* Einer schizophrenen Person gelingt es häufig nicht, logische Zusammenhänge im Denken herzustellen, und in ihren Bemühungen um derartige Zusammenhänge werden logische Erfordernisse in gröbster Weise vernachlässigt. In seiner unauffälligsten Form zeigt sich schizophrenes

Denken durch jene Ströme von Assoziationen, die „locker“ sind, dürrtige logische Zusammenhänge haben, die den Anforderungen der Situation nicht entsprechen. In ihrer extremsten Form manifestiert sich die Unfähigkeit einer schizophrenen Person, logisch zu denken, durch das Phänomen des „Wortsalats“, d. h., der sinnlosen Aufeinanderfolge von Wörtern.

2. *In hohem Grade beeinträchtigt.* Wie schon oben diskutiert, ist die Denkfähigkeit eines Menschen stets beeinträchtigt, wenn er an einer schweren Störung der Funktion der Gesamtpersönlichkeit leidet. Schizophrene sind besonders „dumm“, wenn es sich um ihre eigenen intellektuellen Fähigkeiten handelt. Dies Phänomen kann klinisch beobachtet werden in Fällen von Personen mit hervorragenden Intelligenz-Quotienten, die nichtsdestoweniger flagrante Denkstörungen aufweisen. Oder es kann aus dem Nachlassen der intellektuellen Fähigkeiten, das bei schizophrenen Reaktionen auftritt, gefolgert werden. Dieses Nachlassen ist abrupt in akuten und gradueller in chronischen Fällen.

3. *Stark der Situation unbewußt.* Der Schizophrene ist sich weder seines unlogischen Denkens bewußt, noch hat er Kontrolle darüber. Zum Beispiel sind viele seiner Bemerkungen wegen ihrer ungereimten Art „komisch“. Man könnte sie leicht für Witze halten, wenn man sich nicht darüber klar würde, daß es der Person, die diese Bemerkungen machte, ernst damit war, mit anderen Worten, daß sie annahm, diese Bemerkungen seien sinnvoll. Im Gegensatz dazu ist derjenige, der solch sinnloses Benehmen so zu regulieren weiß, daß es der Situation entspricht, nicht schizophren. Allen obigen Beschreibungen schizophrenen Denkens gemein ist die Bedeutung des Grades dieser Störung. Erstens, Denken, das nur ein wenig unlogisch, ein wenig beeinträchtigt ist oder nur geringfügig der Situation nicht bewußt ist, darf man nicht „schizophren“ nennen. Für die Diagnose ist deshalb die Angabe des Grades der schizophrenen Symptome äußerst wichtig. Zweitens, darf man nicht erwarten, daß die Denkfähigkeit einer jeden beliebigen Person unveränderlich ädequat ist. Zuzeiten mag ihr Denken ernstlich schizophren, zu anderen Zeiten nur leicht schizophren und zu wieder anderen Zeiten überhaupt nicht schizophren sein. Drittens, große Wachsamkeit hinsichtlich des Grades der Störung hilft eine gewisse statische und therapeutisch nihilistische Orientierung zu vermeiden, die Menschen einfach als „schizophren“ oder „nicht-schizophren“ klassifiziert und dann eine stereotype Diät verordnet, die den Patienten eventuell sogar schizophren bleiben läßt. Eine sensible und präzise Auswertung des Grades schizophrenen Denkens und seiner Fluktuationen in verschiedenen Situationen und über verschiedene Zeitabstände kann zu einem ausgezeichneten Verständnis des Schizophrenen führen. Dieses Verständnis wiederum kann eine bessere therapeutische Strategie einleiten.

Die besonderen Merkmale schizophrenen Denkens, wie das Phänomen des Denkens selbst, können nur gefolgert werden. Das einzige, das direkter Beobachtung offensteht, sind Manifestationen des Denkens, nicht das Denken selbst. Es ist daher unerläßlich, die Resultate des Denkens als solche zu erkennen und nicht mit dem Denken selbst zu verwechseln, das ein geistiger Prozeß ist, gefolgert aus diesen Produkten. Zum Beispiel ist es wichtig, den



Gebrauch der Sprache nicht als den einzig legitimen Beweis für schizophrenes Denken anzusehen. Das zu tun würde bedeuten, einen bestimmten Gebrauch der Sprache mit schizophrenem Denken zu identifizieren und somit das Anliegen zu verwirren und das Studium des schizophrenen Denkens sehr willkürlich auf einen einzigen Bereich seiner Erscheinungen zu beschränken. Es soll damit selbstverständlich nicht gesagt sein, daß der Gebrauch der Sprache nicht sehr ertragreiches Material zur Erschließung schizophrenen Denkens geliefert habe. Es bedeutet vielmehr, daß ausschließliches Verlassen auf den Gebrauch der Sprache zu falschen Schlüssen führen kann, was im absurdesten Falle bedeuten würde zu schließen, daß stumme Patienten, wie katatonische Schizophrene, nicht schizophren seien.

Die üblichsten Methoden des Einschätzens oder Messens schizophrenen Denkens sind Interviews und projektive Tests. Während Interviews für sehr viele Zwecke wertvoll sind, steht ihre Nützlichkeit in diesem Falle hinter der der projektiven Tests, wie des Rorschach- oder Holtzman-Tests zurück. Die projektiven Tests haben den kombinierten Vorteil der mehrdeutigen Testaufgabe, die reichlich Raum für ungeeignete Antworten läßt, als auch der Standardisierung, die einen genau abgesteckten Rahmen für die Interpretation der Antworten liefert. Der Rorschach ist der am häufigsten benutzte Projektionstest für diesen Zweck und kann verlässlich zur Messung schizophrenen Denkens angewandt werden. Das gleiche gilt für den Holtzman-Test (Whitaker, 1965). Doch selbst der Rorschach kann sich in vielen Fällen als wertlos erweisen, wenn nämlich eine Testperson sich entscheiden sollte, nicht erschöpfend genug zu antworten, um dem Kliniker zu erlauben, seine Fähigkeit, logisch zu denken, durch das Medium der mehrdeutigen Testaufgabe zu messen. Den meisten Menschen fällt es nicht schwer, die Rorschach-Karten abzulehnen, die Antworten auf die oberflächlichsten Dinge zu beschränken oder sonstwie das Beweismaterial zur Auswertung durch den Untersucher in kritischer Weise einzuschränken. Und selbst wenn die Aussagen einer Testperson verlässlich gemessen wurden, besteht keine Garantie, daß diese Meßergebnisse auch gültig sind. Man mag, wie dieser Autor, zu dem Schluß kommen, daß ein anderes Mittel nötig ist, mit dem man damit rechnen kann, genügend Beweismaterial herauszuholen, und das außerdem die Vorteile der Test-Standardisierung beibehält.

### *Struktur und Anwendung des WSDI*

Die obenerwähnte Definition des schizophrenen Denkens ist nach und nach zu zwei Versionen eines Tests, des sogenannten Schizophrenie-Denk-Index oder WSDI, ausgearbeitet worden. Der WSDI wird momentan als ein Forschungsinstrument benutzt zur Entdeckung der Art der Umstände und Bedingungen eines Menschen und seiner Umgebung, die die Phänomene der Schizophrenie hervorbringen und beeinflussen. Der Sinn dieser Arbeit ist es, den WSDI und seine augenblicklichen und potentiellen Anwendungen vorzustellen.

Kurzgefaßt, es gibt 2 Versionen des WSDI. Jede Version ist ein Papier und Bleistift-Test mit mehrfacher Wahl, bestehend aus 25 Punkten mit je drei Sub-Tests. Gewöhnlich erfordert der Test 20 bis 25 Minuten, einschließlich der Frageperiode, während derer die Testperson ersucht wird, falsche Antworten zu korrigieren. Dem Test können sich alle unterziehen, deren intellektuelle Fähigkeiten zumindest gleichbedeutend mit den Erfordernissen des verbalen Teils des Wechsler-Tests sind, oder die einen Intelligenz-Quotienten von 80 haben und zumindest eine 8-jährige Schulausbildung vorweisen können (U. S. Standard).

Die WSDI Version A vereinigt Stimuli, denen Angst-produzierende Züge anhaften. Version B enthält Stimuli, die keine Angst hervorrufen. Ein Beispiel für Version A könnte folgender Punkt sein:

Wimmern

- a) Baby
- b) zertrümmern
- c) tu mir weh
- d) schlerpen
- e) Tränen hervorbringen

Version B könnte zum Beispiel folgenden Punkt enthalten:

Wagen

- a) Fragen
- b) Automobil
- c) schmickeln
- d) Reifen
- e) mein Transportmittel

In der Durchführung des WSDI Tests gibt der Untersucher der Testperson zunächst eine Kopie des Tests (Version A oder B) und einen Bleistift. Nachdem die Testperson die Anleitung gelesen hat und festgestellt wird, daß sie das gegebene Beispiel korrekt beantwortet hat, verläßt der Untersucher entweder den Raum, oder aber er beschäftigt sich derart, daß seine Gegenwart so wenig wie möglich von der Testperson empfunden wird.

Nachdem die Testperson den Test beendet hat, sieht der Untersucher ihn nach Fehlern durch. Findet er keine, so ist der Test abgeschlossen. Wenn jedoch falsche Antworten gegeben sind, so weist er die Testperson darauf hin und bittet sie um die richtigen Antworten. Wenn die Testperson wiederum einen Fehler macht, deutet der Untersucher an, daß die neue Antwort falsch ist und bittet, sie zu korrigieren. Dies dauert an, bis alle Fragen richtig beantwortet worden sind.

Diese Frageperiode ermöglicht es dem Untersucher festzustellen, ob die Testperson imstande ist, ihre falschen Antworten zu korrigieren. Häufig wird die Testperson entweder auf der ersten falschen Antwort bestehen oder aber eine andere falsche Antwort geben, womit sie bezeugt, daß dieser bestimmte Punkt besonders schwierig für sie ist. Derartige Äußerungen der Unfähigkeit zusammen mit den dynamischen Konnotationen der bestimmten, von der

Testperson gegebenen falschen Antworten sind besonders wertvoll im Be-  
leuchten des Wesens und der Determinanten der Denkstörung. Oft ist es  
ergiebig, von der Testperson Erklärungen oder Assoziationen zu ihren  
Fehlern zu erhalten, ebenso wie es der Fall ist für den Kliniker, der Erklärungen  
und Assoziationen im Hinblick auf Versprechen oder Verschreiben, oder  
Träume oder Antworten auf projektive Tests von seinem Patienten erhält.

Im Gegensatz zu Projektionstests wie zum Beispiel dem Rorschach hat sich  
durch mehrere hundert Anwendungen des WSDI herausgestellt, daß er  
praktisch niemals verweigert wird, weder der gesamte Test noch einzelne  
Teile, außer von Patienten, die sowieso auf keinerlei Interview oder Test-  
situation reagieren würden. Der WSDI hat außerdem den Vorteil, schnell  
und einfach in der Anwendung und Punktzählung zu sein. Der WSDI hilft,  
die drei wichtigsten Charakteristika schizophrene Denkens zu erschließen.  
Wie bereits erwähnt, muß jedes Maßinstrument für schizophrene Denken  
zeigen, daß das Denken in hohem Grade beeinträchtigt, unlogisch und der  
Situation unbewußt ist.

Die Unlogik schizophrene Denkens tritt in falschen WSDI-Antworten klar  
hervor. Unter jedem der Punkte des WSDI befindet sich eine deutlich richtige  
Antwort in der Zahl der angeführten Möglichkeiten. Wenn eine Testperson  
an Stelle der richtigen Antwort eine andere, falsche wählt, so sagt sie damit  
nichts anderes, als daß sie für logischer als die richtige Antwort hält. Daher  
zeigt die Wahl einer falschen Antwort ihre Denkprozesse in diesem Falle als  
relativ unlogisch an. Aus der Abstufung der Antworten von leicht bis stark  
unlogisch kann man den Grad der Unlogik in den Denkprozessen einer  
Testperson folgern.

Das Messen des Grades der Beeinträchtigung wird dadurch ermöglicht, daß  
jeder, dessen Bildungsstand gleichbedeutend mit einer 8-jährigen Schul-  
ausbildung ist, oder einen WAIS verbalen Intelligenzquotienten von min-  
destens 80 hat, intellektuell in der Lage sein sollte, diesen Test richtig aus-  
zuführen. In der Tat hat das Testen von verhältnismäßig normalen Personen  
und solchen mit etwas langweiligem, aber normalem Intelligenzniveau gezeigt,  
daß sie den WSDI-Test schnell und richtig ausführen können und ihn nicht  
als eine schwierige intellektuelle Aufgabe ansehen. Demnach kann man  
folgern, daß Personen, deren verbaler Intelligenz Quotient und Bildungsstand  
zumindest normale, wenn auch etwas langweilige intellektuelle Fähigkeiten  
andeuten, den WSDI fehlerlos bewältigen können sollten, und wenn das nicht  
der Fall ist, ihr Versagen durch eine andere Variable als intellektuelle Fähigkeit  
erklärt werden muß. Mit anderen Worten gesagt, Fehler im WSDI zeigen  
eine Störung der Denkprozesse an, die nicht im Einklang steht oder zumindest  
eine Beeinträchtigung aufweist im Hinblick auf die intellektuellen Fähigkeiten,  
die diese Person bei anderen kognitiven Aufgaben aufweist. Daher sind Fehler  
im WSDI Zeichen relativer Beeinträchtigung oder Unvermögens in der  
intellektuellen Persönlichkeitsfunktion.

Das der Situation unbewußte Charakteristikum schizophrene Denkens  
kann aus falschen WSDI-Antworten gefolgert werden, im Hinblick auf die  
Art der Testdurchführung und der gegebenen Anweisungen. Die zu be-  
wältigende Aufgabe ist ganz klar eine nüchterne, intellektuelle Aufgabe, und

die richtigen Antworten für jedes der drei Beispiele, die den drei Sub-Tests vorausgehen, sind ebenfalls gegeben. Außerdem wird der Testperson klargemacht, daß sie nicht aus Spaß oder sonst einem Grunde unlogische Antworten wählen darf.

Jeder der regulären 25 Punkte in beiden Versionen des WSDI weist fünf besondere Arten von Antworten auf, aus denen die Testperson die richtige Antwort wählen muß. Die falschen alternativen Antworten stellen (in zunehmendem Maße falsch oder unlogisch) eine lose Assoziation, eine Bezugs-idee, eine Klang-Assoziation und eine Unsinn-Assoziation dar. Die verschiedenen Antworten erhalten die folgende Punktbewertung:

richtige Antwort	0
lose Assoziation	1
Bezugs-idee	2
Klang-Assoziation	3
Unsinn-Assoziation	4

Auf klinische Erfahrung und Forschungsergebnisse gestützt, wird eine Gesamtpunktzahl von 8 als im Bereich des Schizophrenen befindlich betrachtet, mit der Erkenntnis, daß Schizophrenie wahrscheinlich am besten als eine Sache des Grades aufgefaßt werden sollte. Daher, während die Punktzahl 8 in etwa schizophrene von nicht-schizophrenen Personen unterschieden hat, verlangt eine ädequate Interpretation der Testergebnisse genaue Kenntnis des WSDI und der schizophrenen Störungen.

### *Bestätigung des WSDI*

Seit Beginn der Forschungsarbeit über den WSDI, im Jahre 1960, ist das Festlegen ädequater Kriterien der Schizophrenie und des schizophrenen Denkens eines der wesentlichsten und beharrlichsten Probleme gewesen. In späteren Versionen des WSDI ist der Versuch unternommen worden, auch die Kriterien selbst zu verbessern.

Das erste Kriterium, das zur Bestätigung des WSDI angewandt wurde, bestand aus Punktbewertungen des Rorschach-Holtzman-Tests (pathognomic verbalization), die für angemessener befunden wurden als Bewertungen, die sich auf Interviews stützten. Diese Bewertungen erwiesen sich als sehr verläßlich (Whitaker, 1965), jedoch, wie bereits in dieser Arbeit besprochen, bringen die projektiven Testmethoden äußerst unterschiedliche Mengen an Beweismaterial unter den Patienten hervor. Mit Rücksicht auf diesen Nachteil wurde eine frühere Fassung der WSDI-Version A mit einer gleichermaßen ausgewogenen Kombination von Rorschach und Holtzman Punktbewertungen von 43 Patienten einer psychiatrischen Klinik mit einer großen Auswahl unterschiedlicher Störungen, korreliert. Das Resultat war ein Pearson- $r$  von .59, mit statistischer Signifikanz von .05. Dieses Ergebnis gab Grund zu der Annahme, daß die Entwicklung des WSDI sich in die richtige Richtung bewegte.

Danach wurde eine zweite Untersuchung der Test-Validität unternommen, bei der eine revidierte Fassung der Version A mit Rorschach-Test-Punktbewertungen verglichen wurde. Diese Arbeit wurde durchgeführt, um den Wert des WSDI als Ausleseinstrument abzuschätzen. Testpersonen waren 45 psychiatrische Patienten einer Privatklinik, die im allgemeinen psychotische Grenzfälle darstellten. Unter Benutzung von Rorschach-Punktbewertungen als Kriterium zur einfachen Klassifizierung dieser Patienten als schizophrene oder nicht-schizophrene, unterschied der WSDI mit 84%iger Genauigkeit.

Die nächste Stufe in der Untersuchung der Test-Validität des WSDI bestand darin, eine große Gruppe von Psychiatern und klinischen Psychologen dem WSDI-Test mit seinen bis dahin noch immer vorläufigen Fassungen der Versionen A und B in besonderer Weise zu unterziehen. Außer der Wahl der nach ihrer Meinung richtigen Antworten bewerteten diese Experten den Grad der Unlogik jeder Alternativ-Antwort. Auf Grund dieser Bewertungen wurden weitere Änderungen an dem Test vorgenommen. Sämtliche Antworten der neuen Fassungen wurden dann von einer weiteren Gruppe von Psychiatern und klinischen Psychologen bewertet. Der Grad der Übereinstimmung war in beiden Gruppen hoch, allerdings, wie erwartet höher in der zweiten Gruppe. Ebenfalls wie erwartet, stieg der Grad der Übereinstimmung zwischen den Experten und dem Bewertungssystem des Autoren von der ersten zur zweiten Gruppe. Schließlich wurde der WSDI nochmals revidiert, um dem Konsensus der zweiten Gruppe noch stärker zu entsprechen in einer Weise, die sich außerdem auch eng an die theoretische rationale Grundlage des WSDI hielt. Auf diese Weise wurde eine Art Konsensusbestätigung des WSDI entwickelt im Einklang mit der obengegebenen Definition schizophrener Denke.

Die endgültigen Versionen des WSDI, die während des eben beschriebenen Stadiums in der Untersuchung der Test-Validität entwickelt wurden, wurden dann 42 Patienten, die einen Querschnitt der chronisch schizophrener Patienten des Colorado State Hospitals, einer Krankenanstalt für langfristige Behandlungen, darstellten, verabreicht. Diese Patienten waren sorgfältig ausgewählt, nach einem Verfahren, das anderweitig ausführlich beschrieben worden ist (Shearn und Whitaker, 1968).

Zusammengefaßt, der Auswahlprozeß begann damit, daß sämtliche Patienten von verschiedenen Krankenstationen, die schizophrene sein konnten, auf einer Liste aufgeführt wurden. Danach wurden diejenigen von der Liste gestrichen, die nicht zwischen 18 und 65 Jahre alt waren, die nicht zumindest eine 8-jährige Schulausbildung hatten, oder die Anzeichen einer Störung des zentralen Nervensystems oder einen schweren sensorischen Defekt aufwiesen. Außerdem wurden Patienten ausgeschieden, die definitiv nicht testbar waren. Dann bewerteten unabhängig voneinander zwei hochqualifizierte Kliniker das Verhalten der verbliebenen Patienten auf ihren Stationen, nach Angaben und Aufzeichnungen des Stationspersonals, um herauszufinden, wer aktiv schizophrene, schizophrene ohne Symptome, und wer nicht schizophrene sei. Es ergab sich eine 85%ige diagnostische Übereinstimmung unter den Experten, die diese diagnostischen Kategorien verwandten.

Die Prognosen waren, daß die WSDI-Punktzahlen dieser chronisch schizophrenen Patienten 1. im allgemeinen über 8 Punkten liegen würden, 2. höchst beständig von einer Version des Tests zur anderen und 3. höchst beständig mit Hinblick auf den Zeitablauf sein würden. Alle diese Voraussagen trafen ein. Die WSDI-Durchschnittspunktzahlen der 44 Patienten, die von einem oder beiden der Experten als chronisch schizophren bewertet wurden, betragen 13 für Version A und 15 für Version B. Von diesen 44 Patienten wurden 41 von beiden Experten als schizophren bewertet. Ihre WSDI-Durchschnittspunktzahlen betragen 14 für Version A und 16 für Version B. Ein Maßinstrument, um Beständigkeit über Zeitabschnitte festzustellen, bestand darin, jedem Patienten zunächst eine Version des WSDI zu verabreichen, Phase I, und die andere Version 3 Wochen später folgen zu lassen, Phase II. Die Hälfte der Patienten erhielt Version A in Phase I, und Version B in der Phase II. Für die andere Hälfte der Patienten galt die umgekehrte Reihenfolge, um möglichen Routine-Effekten entgegenzuwirken. Die Durchschnittspunktzahl für den WSDI-Test betrug 14 in Phase I und 14 in Phase II. Die Prognose der bemerkenswerten Beständigkeit der chronisch schizophrenen Patienten von einem Test zum anderen und über Zeitabstände hinweg, stützte sich auf zwei miteinander verbundenen Hypothesen: daß nämlich der Grad der Störungen dieser Patienten zeitlich gesehen sehr unveränderlich ist, und daß diese Unveränderlichkeit teilweise darauf beruht, daß die Patienten dem potentiell störenden Einfluß solcher Angst hervorrufender Reize, wie sie in Version A des WSDI enthalten sind, gegenüber ziemlich unzugänglich sind.

Der WSDI-Test mit seinen endgültigen Versionen ist auch an akut schizophrenen Patienten, an nicht-schizophrenen psychiatrischen Patienten und an normalen Personen durchgeführt worden. Die Patienten wurden im Colorado Psychiatric Hospital, einer Krankenanstalt für kurzfristige Behandlungen, durch einen ähnlichen Vorgang wie dem bei den chronisch schizophrenen angewandten, ausgesucht. Obwohl die Resultate dieser bewußten Untersuchungen nur erst vorläufig sind, werden sie hier angeführt, um dem Leser sowohl einen Überblick über die Untersuchungen der Test-Validität als auch eine Vorstellung davon zu geben, wie der WSDI angewandt wird, um Forschungshypothesen zu testen.

Es war vorausgesagt worden, daß die akut schizophrenen Patienten den chronischen Patienten nur darin gleichen würden, daß sie ebenfalls hohe Punktzahlen in beiden Versionen des WSDI während Testphase I erzielen würden. Diese Voraussage hat sich bis jetzt für ein Musterbeispiel von 15 akuten Patienten bewahrheitet, die innerhalb von 48 Stunden nach ihrer Einlieferung ins Krankenhaus getestet wurden (Phase I). Im Gegensatz zu den übrigen zwei Prognosen hinsichtlich der chronischen Patienten jedoch wurde vorausgesagt, daß die akuten Patienten höhere Punktzahlen in Version A als in Version B in Phase I erzielen würden, und daß die Punktzahlen der Phase II in beiden Versionen viel niedriger sein würden als die Punktzahlen der Phase I. Die Voraussage der starken Verminderung von Punktzahlen über Zeitabstände stützte sie auf die klinische Beobachtung, daß akute Patienten dazu neigen, über einen 2—3wöchigen Zeitabschnitt, beträchtlich zu

kompensieren. Die Vorhersage höhere Punktzahlen in Version A als in Version B während Phase I beruhte auf der Hypothese, daß akute Schizophrenie einen Zustand großer Empfänglichkeit für äußere Einflüsse darstellt, einschließlich des störenden Einflusses des angstherverrufenden Testinhaltes von Version A. Bis jetzt haben sich auch diese Prognosen erfüllt. Die WSDI-Durchschnittspunktzahl der Version A in der Phase I betrug 21, verglichen mit der WSDI-Durchschnittspunktzahl der Version B in der Phase I von 14. Die Durchschnittspunktzahl von beiden Versionen in der Phase I betrug 18, verglichen mit der Punktzahl 7 für beide Versionen in der Phase II.

Die WSDI-Punktzahlen in beiden Versionen sowohl für nicht-schizophrene psychiatrische Patienten als auch für normale Testpersonen erwiesen sich als sehr niedrig, womit noch eine weitere Voraussage hinsichtlich der Test-Validität erfüllt wurde. Beide Gruppen erzielten WSDI-Durchschnittspunktzahlen von weniger als 5 in beiden Versionen und während beider Phasen.

Ein weiterer wichtiger Aspekt in der Untersuchung der Test-Validität des WSDI ist die Auswertung der Beziehung zwischen WSDI-Punktzahlen und Intelligenz-Test-Punktzahlen. Es ist bekannt, daß Personen, die schizophren werden, eine Verminderung ihrer allgemeinen intellektuellen Fähigkeiten erleiden, und daß je schizophrener die Person, desto niedriger ihre intellektuellen Fähigkeiten zu sein scheinen. In Übereinstimmung mit dieser Erkenntnis hat man herausgefunden, daß Punktzahlen, die durch Messung schizophrenen Denkens mit Hilfe des WSDI, Rorschach- oder Holtzman-Tests erhalten wurden, negativ mit Punktzahlen des Wechsler-Intelligenz-Tests korrelieren. Mit andern Worten, je mehr schizophrenes Denken durch diese Tests zutage tritt, desto geringer sind im allgemeinen die intellektuellen Fähigkeiten des Betroffenen. Obwohl diese Beziehungen zwischen der Punktzahl des WSDI und denjenigen der anderen Tests bestehen sollten, so dürften jedoch, wenn man den WSDI als gültig anerkennen will, die WSDI-Punktzahlen nicht vollkommen negativ mit Intelligenz-Test-Punktzahlen korrelieren. Wäre das der Fall, so wäre der WSDI in keiner Weise besser zum Messen schizophrenen Denkens geeignet als ein Intelligenz-Test. Es ist jedoch ebenfalls nachgewiesen worden, daß dies nicht zutrifft. Schizophrene von selbst hoher Intelligenz erzielen hohe WSDI-Punktzahlen und beweisen damit, daß der WSDI nicht einfach ein Intelligenz-Test ist und daß er in gültiger Weise schizophrenes Denken an sich mißt.

### *Forschung und klinische Anwendungsmöglichkeiten*

In den oben beschriebenen späteren Stadien der Untersuchung der Test-Validität gab es einige Prognosen hinsichtlich der WSDI-Resultate, die sich auf wohlfundierte logische Untersätze stützten, während andere ziemlich spekulative Hypothesen darstellten. So kann zum Beispiel leicht vorausgesetzt werden, daß schizophrene Patienten höhere Gesamtpunktzahlen erreichen als nicht-schizophrene Patienten. Die Voraussage jedoch, daß akut schizophrene Patienten höhere Punktzahlen in Version A als in Version B erzielen würden,

ist nicht so sehr ein wohlfundierter Untersatz als es ein interessantes Forschungsanliegen ist. Soweit die wohlbegründeten Annahmen von den WSDI-Resultaten bestätigt werden, ist es vertretbar, den WSDI als unabhängiges Forschungsinstrument im Testen der mehr spekulativen Hypothesen zu verwenden. Im allgemeinen, während die Gültigkeit des WSDI an Substanz gewinnt, kann man es als sinnvoll betrachten, die WSDI-Versionen als unabhängige Meßinstrumente schizophrener Denkers sowohl für Forschung als auch klinische Zwecke anzuwenden.

Gegenwärtige Anwendungen des WSDI in der Forschung schließen das Testen von systematischen Unterschieden in akut schizophrenen gegenüber chronisch schizophrenen Patienten ein, das Auswerten der Effekte, die Psychopharmaka auf schizophrenes Denken haben können, und das Vergleichen von der Anpassung des Verhaltens der chronisch schizophrenen Patienten auf der Krankenstation mit dem Grad ihres schizophrenen Denkens. Über letztere Arbeit berichteten Seley und Shearn (1968), während Berichte über die andere Studie sich in Vorbereitung befinden.

Bis jetzt hat sich regelmäßige klinische Anwendung des WSDI darauf beschränkt, die Versionen zusammen mit einer psychologischen Testbatterie, als Teil von psychodiagnostischen Auswertungen in verschiedenen Kliniken und Hospitälern zu verabreichen. In diesem Zusammenhang gesehen kann festgestellt werden, daß der WSDI sehr selten von testbaren Patienten verweigert wird. Man hat die Vorteile der schnellen, einfachen Testdurchführung und Punktbewertung erkannt. Unter normalen Umständen erfordert eine komplette Version 20 Minuten oder weniger. In der Verabreichung und Bewertung des Tests kann man kompetente klinische Assistenten schnell unterweisen. Die Interpretation sollte selbstverständlich von einem hochqualifizierten Fachmann mit detaillierter Kenntnis des WSDI und der schizophrenen Störungen vorgenommen werden. Letzterer Forderung sollte man peinlich genau nachkommen im Hinblick auf die Tatsache, daß die Diagnose Schizophrenie häufig sehr schädliche Folgen hat. Eine Person als schizophren abzustempeln, kann die Nebenbedeutung von Hoffnungslosigkeit, Verdammung und Hexenjagd haben. Eine ausgezeichnete Diskussion dieses Problems sowie eine aufschlußreiche Darstellung vieler anderer äußerst wichtiger Anliegen der psychiatrischen Diagnose findet der Leser in Karl Menningers Buch, *The Vital Balance* (1963).

Der WSDI soll besonders helfen, Grenzfälle von schizophrenen Patienten auszuwerten. In der klinischen Praxis begegnet man häufig Patienten, die schizophren erscheinen, die aber gehirnkrank sind oder an einer anderen Psychose als der Schizophrenie oder an einer neurotischen Störung leiden. Andererseits gibt es häufig Fälle, in denen Personen als neurotisch bezeichnet werden, die sich als unfähig erweisen, auf exploratorische und aufdeckende psychotherapeutische Techniken zu reagieren, und denen es auch unmöglich ist, rationell genug zu denken, um mit Hilfe einer derartigen therapeutischen Strategie zur Besserung zu gelangen.

Eine weitere klinische Anwendungsmöglichkeit des WSDI könnte in Auslese-Verfahren liegen. Beispielsweise könnten Universitäten, Militär oder Industrie gezwungen sein, in einem sehr knapp bemessenen Zeitraum eine



große Anzahl von Personen auszuwerten. In einem solchen Falle könnte eine schnelle, einfache Methode wie die Anwendung des WSDI nützlich sein, um herauszufinden, wer eine gründlichere Auswertung benötigt.

Diese einführende Darstellung soll nur dazu dienen, den Leser allgemein mit dem WSDI bekanntzumachen. Diejenigen Leser, die mehr über den WSDI und seine Anwendungsmöglichkeiten erfahren möchten, können vom Verfasser, durch verschiedene bereits erschienene oder in Vorbereitung befindliche Artikel und auch durch das in Kürze erscheinende Buch „Das Messen schizophrener Denkers“ weitere Auskünfte erhalten.

### Literatur

- American Psychiatric Association, Committee on Nomenclature and Statistics. Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders. Washington, D. C.: American Psychiatric Association, Mental Hospital Service, 1968.
- Arieti, S. (1959): "Schizophrenia: The Manifest Symptomatology, the Psychodynamic and Formal Mechanism." In S. Arieti (Ed.), *American Handbook of Psychiatry*. (New York: Basic Books). Vol. I.
- Bleuler, E. (1911): *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias* (New York: International Universities, 1950).
- Menninger, K. (1963): *The Vital Balance: The Life Process in Mental Health and Illness* (New York: Viking Press).
- Seley, L. (1968): "The Relationship between Thinking Disorganization and Behavioral Adjustment in Hospitalized Chronic Schizophrenics." A paper presented at the Annual Meeting of the Rocky Mountain Psychological Association in Denver, May, 1968.
- Shapiro, D. (1965): *Neurotic Styles* (New York: Basic Books).
- Shearn, C. R., & Whitaker, L. C. (1968): The Problem of Subject Selection in Studies of 'Schizophrenia'. Paper presented at Rocky Mountain Psychological Association Convention, Denver, Colorado, 1968.
- Whitaker, L. C. (1965): The Rorschach and Holtzman as Measures of Pathognomic Verbalization." *J. Consult. Psychol.*, 1965, 29. S. 181—183.

### An Introduction to the Schizophrenia Thinking Index (WSTI)

Leighton Whitaker

This paper introduces a brief, easily administered and scored objective test method for the measurement of schizophrenic thinking.

In all the welter of controversy about schizophrenia there is substantial agreement that it is characterized by a certain kind of thinking disorder. Schizophrenic thinking is defined as grossly illogical, impaired, and unwitting. Since 1960 this definition has been operationalized into the WSTI, which has two forms. WSTI Form A incorporates inherently anxiety-inducing verbal stimuli while Form B does not. Except for this difference the two forms have the same structure. Each presents 25 multiple-choice items in a paper-and-pencil test having three subtests. The forms can be administered to subjects with at least dull normal intelligence and an eighth grade education. The gradation of alternate answers to each item from mildly to severely illogical provides a measure of the degree of thinking disorder. A hypothetical WSTI

Form A item is shown below with the alternate answers arranged in order of increasing illogicality together with the score and type of each answer. Ordinarily, of course, the alternate answers are presented in random order.

<i>Item</i>	<i>Score</i>	<i>Type of Answer</i>
CRY		
a) make tears	0	correct
b) baby	1	loose association
c) hurt me	2	reference idea
d) fry	3	clang association
e) sklerp	4	nonsense association

In the process of validating the WSTI, there have been attempts to develop adequate criteria for schizophrenia and schizophrenic thinking. Scores from an early version of WSTI Form A were correlated with pathognomic verbalization scores from the Rorschach and Holtzman Inkblot tests. The results suggested that WSTI development was proceeding in the correct direction. A further stage in validation consisted of having psychiatrists and clinical psychologists rate the degree of illogicality of every answer on both forms. Their ratings were used as a basis for improving the forms. A second group of professionals then rated the revised forms which were revised again so as to provide a high degree of consensual validation about the scoring system. Then the WSTI forms were administered to carefully selected groups of acute schizophrenic, chronic schizophrenic, and nonschizophrenic psychiatric patients as well as normal control subjects. All of the results of this testing conformed to prediction: schizophrenic patients obtained very high scores, while nonschizophrenic patients obtained very low scores and normal subjects obtained even lower scores.

Research uses of the WSTI have included testing for systematic differences in acute versus chronic schizophrenic patients, evaluating the effects of phenathiazines on schizophrenic thinking, and comparing behavioral adjustment of chronic schizophrenic patients with the degree of their thinking disorder.

Clinical use of the WSTI has been made by including the forms in a battery of psychological tests administered in clinics and hospitals. Administration of an WSTI form, including inquiry about wrong answers, usually requires less than 20 minutes. Administration and scoring can be done by competent clinical assistants, but interpretation of the results should be made by the clinical psychologist or psychiatrist who is sophisticated about both the WSTI and schizophrenia. It is intended that the WSTI will be especially helpful in evaluating borderline patients, in which cases expert professional judgment becomes even more important in evaluating the results in the context of other clinical evidence. A further clinical use of the WSTI may be as a screening procedure in settings such as universities, the military, or industry, where large numbers of individuals may have to be evaluated in brief time periods.

This introductory presentation has been intended merely to provide a general acquaintance with WSTI. Further information is available on request or will be provided by materials now in preparation, including the forthcoming book, *The Schizophrenia Thinking Index (WSTI)*.

Anschrift des Verfassers:

Leighton Whitaker, Ph. D.  
 Medical Center  
 4200 East Ninth Ave.  
 Denver, Colorado 80 220  
 USA

## Crime as an Attempt to Save one's Integrity\*

Matti Tuovinen\*\*

This paper is an endeavour to characterize certain adaptive and defensive "gyroscopic" ventures of the ego, when it experiences threats of various kinds. I use words "murderer", "killer" and "thief" in their colloquial meaning, not as legal terms. I am not trying to form any typology. By the abstraction "crime" in this context I mean a process, which includes the crime and its practical and psychological motives and consequences. I will demonstrate my point of view with clinical illustrations, mostly from capital offences, first, because it is the group of criminals I have mostly worked with, secondly, there are some archaic features in these crimes, which make, that one does not get lost so easily in the jungle of character pathology, as one would do with other kind of criminality.

The first case: J. is a male in his sixties, unmarried road construction worker. He was punished for manslaughter forty years ago, was released after ten years, directly into the war. After the war, he was punished six times for assault of various degrees. During the last ten years, there were no offences. Now he is imprisoned for life for murder. During those ten years he worked on road construction camps and, as he said, distantly came to know a man, named A. Three years ago, after he had not seen A. for some years he met him at a railway station. J. had always thought A. to be very much like himself: A. had also killed a man in his youth, he also was very mean, he was of the same age, etc. So, when he met A., he gave him 100 mk to buy liquor. This was a lot of money for a mean man. J. had hoped to celebrate the occasion, but A. never came back. When J. began to realize, that he had been cheated, he swore he would kill A. as soon as he could get hold of him. He even bought a knife, went around looking for him, but did not ask anybody. There was not reason enough to kill, yet. Next summer, in the same place, J. looked for him, half-heartedly, but did not find him. On his vacation again in the following summer, J. had met a certain lady, kept company with her. But he had a rival too, a man named B., who on an occasion surprised J., attacked him, knocked him down. J. was taken to hospital for a week. After that, J. felt his situation very much altered. He started to drink heavily, felt he was on the way down. He terminated his employment, would soon have been fired because of drinking. He felt a rage against B., but at the same time, a helpless desperation, and could not stop drinking. He thought he was on the way to become an asocial alcoholic, the worst fate he could imagine. He had had a coronary infarct twice, and now he knew, in this way he would die soon. The small capital he had saved was growing short. In this situation, burning with rage and desperation, he came back to his old vacation place, started to look for cheap lodgings to live in over the winter. And, with the surety of a sleepwalker, he came right way of a house, where A. had been living all the time. J.'s old thought of killing him struck to him, and he carried out his intention on their second meeting, after a couple of days. He killed A. very brutally, suddenly, without any warning or conflict, exactly the same way as A. had once killed his own victim. J. had known the details before. After his deed, J. felt a strong feeling of relief, he was relaxed and satisfied, did not try to flee, was captured almost immediately.

---

\* Paper read before the Finnish Psycho-Analytical Society in Helsinki, 4th Febr. 1970.

\*\* MD., Psychiatrist in Vauha Vaasa/Finland.

With this clinical example, I do not want to emphasize the importance of the classical homosexual constellation and the narcissistic features so prominent in this case, but some other, defensive ego aspects. By his deed, J. had saved himself, or thought so anyway, from a depressive suicidal catastrophe, probably an alcoholic psychosis had been very close. This had very much to do with his feelings of massive guilt. The first homosexual frustration and narcissistic blow was not reason enough to kill, until the other one, being knocked down by a rival gave the additional motive. It activated the murderous rage towards B. (oedipal murder impulses, rivalry about a woman). This again, challenged the integration and structural consistency of his superego, always determined by the fate of the oedipal situation. At the same time, it activated the old guilt of the murder in his youth, and deeply in himself, he felt totally worthless to live, doomed to die in the most shameful way, passive, castrated. I would like to discuss generally, at this point, certain features of "crimes of passion", with sudden drive-discharge. Even if this case is not a typical impulse act, it may be useful in the formulation of certain metapsychological models. In connection with a sudden intensely impulsive drive-discharge one often uses a conceptual model of an exploding container. But, as David Rapaport (1953, 1958) says: "Drive-discharge with no active contribution by the ego is a model, a useful fiction with which we can conceive of one paradigm of passivity on the part of ego in the face of pressure from instinctual drives. If we turn from that model to what we can conceptualize from what we actually see people do, we conclude, that drive discharge never occurs without an executive contribution by the ego. Still, there does occur discharge of drive tension with minimal active contribution by the apparatuses of the ego — as in a catatonic furor, for example. —"

Thus, this model of an exploding pressure container is not useful enough. There is some kind of system with active control of "valves". For such a discharge to happen, there must occur some radical changes in the superego and the ego. In the literature the superego of the criminals is sometimes characterized as lacunary, or, as some authors see it, lacking. My example, I hope, demonstrates, that the superego is not lacking, by all means. The term "lacunary" may be too static, because the superego as well as the ego are capable of changes of the levels of integration. First, if we think about J.'s inner situation with activated oedipal murder impulses and the corresponding superego threat, the danger from superego was eliminated by a superego regression into the identification with the aggressor, which is a preliminary phase of the superego development. (Anna Freud, 1954). This is a combination of introjection and projection, by the latter one, the ego has declared war against the outer world, feeling now the danger coming from there. So it is now possible for the ego to mobilize primitive drives as now legitimized reserve potentials. This way, all the three instances of personality are functioning side by side in the same direction, in attack. The drives give the attack its passionate power and the ego its tremendous effectivity. This formula, in my opinion, conceptualizes the central mechanism in many a criminal act, not only in a capital offence. In our example, J. turned his superego threatening with death-sentence, into becoming an executioner himself and killing A. exactly the same way he had killed his victim in his time.

The second case: A female in her early twenties, who as a revenge towards her husband (parents, mother-in-law, midwife) and to show her own capability and independence (omnipotence) decided to hide her pregnancy and to deliver the baby alone, without needing anybody. She succeeded so far, that the baby, a girl, was born, while she was alone at home, with her elder child, a girl too. The girl heard the newborn crying, and she started also to cry. The delivery had happened in a dreamlike state, and now she began to realize what really had happened. She started to feel panicky and thought that the crying must be stopped immediately by any means. So she suffocated the newborn baby, put the body in a closet, and went on as if nothing had happened. A week later she wrote a farewell letter, swallowed all the medicines she came over, and was taken to hospital. There she cried intensely in three days, and then found her balance again. It would be very interesting, to analyze the roots of the sudden hatred against the child, but, the most essential point here are the „constructive“ aspects of her crime. She was on the verge of an uncontrollable panic, which would in any moment have turned into a delirious puerperal psychosis, and then most probably, she would have killed both of her children. By annihilating her baby, she stepped back into her previous defences and used them for a week, which she needed. She killed the baby to save her elder child, killing of her would have been „more of a murder“ because she already had a more integrated place in her life.

#### *The situation after the crime.*

The inner situation of a thief in relation to his superego is sometimes manifested in such a tragicomic way, that it amuses, confounds and irritates people. A thief, who was caught after stealing 30 radio sets, said: „I just wanted to borrow them“. In all its bizarrrity, it is his attempt to clear the situation, not only vis-à-vis the outer world, but towards his own superego. He makes use of the fact, that the change in outer world, made by his crime, is principally reversible. Thiefs can often go very far in this self-deception. They deny especially the destructive elements of their crime, and by projection eliminate the feeling of guilt. This then shows as a readiness to experience oneself as an object of injustice. This state of affairs is in many ways unsatisfactory from the point of view of the psychic economy. It includes many distortions of reality testing, and the pressure of superego and the drive impulses remain unchanged. Besides, from the ego's angle, it is a defeat, serious ego restrictions have taken place. The synthetizing potentials of the ego are suffocated. The keeping of the status quo is difficult, but the change tends to happen into the direction of repeating the crime. This is an attempt to deny the guilt more forcibly: „I do it again, and look, I do not have a bad conscience“. But in the same time the criminal is asking to be punished. In the structure of the superego, one often sees two levels, first, there is a maternal-seductive element, and behind that, an archaic-sadistic one. The inner life of thieves is often a continous sadomasochistic play with his superego. It seems, that certain murderers, even if their crime is more primitive and destructive, have a more clear inner situation and more advantageous starting points for working through their guilt. Quite simply, it then is a matter of life and death for the ego. The murderer's ego knows what it has to fight against, and the requirement of his superego is, according to the Tallion principle, that the killer himself has to die. In many cases, we can observe, that a person, who has suffered from a constant feeling

of untraceable guilt because of diffuse, massive unconscious phantasies of murdering, can commit a real murder to confront himself with the reality of an irreversible deed. Now the guilt is more definable, the question is more practical, over-practical, to some of them; the increased autonomy towards the inner life is so badly needed. The irreversibility of the act is the greatest support and the greatest threat of the murderer. It is much more difficult to deny than a thief's crime. If the murderer tries to deny his deed that would seriously hamper his reality testing and threaten the whole integrity of his personality. A killer, who denied having killed his rival with knife, in the evenings in an intense anxiety hallucinated a hand with knife about to kill him. If the killer can accept the reality of having killed, there is a superego pressure towards the suicide. The result of massive denial can be a psychotic disintegration and/or suicide. But, the superego requirement, in its majestic quality, can also be so archaistically straight-forward, that it gives the ego a chance to survive.

The situation in the personality after the murder is determined by the leading pre homicidal defences. But it seems, that a certain state of inner stagnation is a very common feature of otherwise different persons: their deed is outwards admitted in detail, (sometimes important details significantly changed: "I shoot him, yes, but I did not open the safety catch, that was an accident".). Very often there is an intense sticking to the realities, to the practical consequences of the crime: "Done what is done". The over-realistic attitude is a defence against the feeling of remorse, as one sees it, would lead to depression and suicidal temptation, and a defence against attempts of undoing, which, as one sees it, would lead to a dangerous overflow of magical thinking. The clinical nosological picture of this situation could be called a "depressio sine depressione". It is remarkable, that it seems to be more typical of men. Women, on the other hand, often show a very early start of working through guilt, or an attempt of it.

A female patient of mine demanded that I would have an intercourse with her, in one of her first interviews on the clinic. Some month earlier, she had killed her three children, because she thought they were infiltrated by a dangerous, slowly killing congenital illness, which she also thought she and her mother had. She had wanted to save them from this imaginary, horrible fate and a worthless life. This picture had shaken somewhat recently. She had wanted to see the grave of her children, which I did not allow, because of the risk of the suicide. One had to keep her in her psychosis, until she got a place on psychiatric ward for treatment. The realities had to be dosed carefully. But she got the picture of the gravestone with the childrens name on it, and made after that, two serious attempts of suicide. In an interview next day, she told me about a psychotic phantasy of being pregnant for three years, the pregnancy had been a kind of deep-frozen, but was now living and active again. I had in some place hm-hmmed sceptically, and the next time, she wanted to become pregnant from me. It was her reparative effort in her desperate fight for life on the face of her guilt, to give birth to new children. A thing that makes the working trough less difficult and more elastic for women, is the fact, that it is easier for them to place the need for love, heightened by the superego pressure,

onto the outer world. Men experience these needs as very dangerous, and their acute activation can lead to aggressive acting-out.

After the murder, the fate of the killer's personality is deemed by his ability to direct contact with the superego. In the same time, he has a problem of same quantity in his relation to the outer world: The state of inner stagnation can continue for quite a long time, as well as the over-realistic attitude, as a defence against the regressive dangers. Then, slowly, a prominent feature of some killers is a growing uneasiness, bewilderment and disappointment, as if the outer world, after the murder, had cheated them, and turned to be quite different from what it was thought. There is first the bewilderment before the fact, that one has not only the urge to kill but the capability, too, second, the surprise, that there was no outer catastrophe, even if one had killed a man, third, the disappointment, that the object of killing let down his murderer by dying, by really being destroyed. When it becomes clear to a murderer, that the object irreversibly is destroyed by his act, he starts slowly to glide back to the same grey, melancholic state of diffuse rage and suffocating guilt, eating his personality from inside, which he had wanted to get rid of by externalization. Now we have come to the last phase of the murderer's tragedy, and his inner jail is closed again. He is back in the state of an inner constriction, which was so characteristic of his prehomocidal personality. He is also gliding back to the constant dissatisfaction in his relations with the outer world, spoiled by projections. To get the real capability to control his aggressivity, the murderer would need a possibility in relation to somebody to feel the emotions of murder without risk to the object or himself. Only this could change the inner situation and make the projections vanish from his relations with the outside world. We can see, what tremendous problems there can be in an individual psychotherapeutic long-term work with murderers. Many of the severely acting-out and provocative thieves can be much more difficult in short contact work than killers, but some of the killers easily co-operating on short term basis can become dangerous for the life of the therapist in long-term exploratory psychotherapeutic effort. The function and responsibilities of the society towards the criminals is double-edged: It has to control their destructiveness against the outer world, and, on the other hand, it has to protect the criminals from their own destructivity, after it has lost the possibility to act outwards. The criminals, as group, prefer alloplastic adaptational methods. In dealing with their feelings of guilt, they prefer projection. In a group, this mechanism is even more pronounced. The imprisonment often gives a good target for the projections. This is manifested as a suspicious readiness to see injustice everywhere. Between the criminal group and outer world there is an aggressive tension. The group tries to form, in the first phase, an unified negative group identity. Different methods of "divide et impera" are commonly used against this anti-social group-formation in institutions. The second phase in the treatment of guilt is the gradual re-internalization of the superego. This phase contains conscious feelings of guilt and mourning on various levels. There is a certain depressive quality in a group undergoing this phase. This process of "regulated depression" can be made more bearable by considering the group-psychological aspects, but its personal content and form is an individual problem primarily influenced by the individual relationships. From the general point of view,

it seems, that, if the controlling and punishing interest of the society is exaggerated, it can delay or hinder the process of working through and thus promote a stagnation and discouragement. If the protecting interest of the society is over-pronounced, it can activate rage and acting-out in a large and dangerous scale.

### *Summary*

The idea of this preliminary study is to emphasize the importance of the integration of the classical motivational findings with those of the modern ego-psychology in trying to create a psychoanalytic theory of crime, which would be more ready to practical applications and evaluations, and more resistant against the ideological storms.

### **Literatur**

Freud, Anna (1954): *The Ego and the Mechanisms of Defence* (London): The Hogarth Press Ltd., S. 124—131.

Rapaport, David (1953): *Some Metapsychological Considerations Concerning Activity and Passivity*. Given at the Austen Riggs Center, 1953.

(Ref. by Stuart Miller, *Ego Autonomy in Sensory Deprivation* Int. J. Psychoanal. 1962: 12, S. 9.)

— (1958): *The Theory of Ego Autonomy: A Generalization*.

Bull. Menninger Clin., 22, S. 1.

### **Das Verbrechen als Versuch, die Integrität der Persönlichkeit zu retten**

Matti Tuovinen

Der Verfasser will anhand von zwei klinischen Fällen einige integrative Aspekte in kriminellen Handlungen zeigen.

Der erste Fall: Ein Straßenbauarbeiter, 60 Jahre, der einmal wegen Totschlags zu Gefängnis verurteilt worden war. Betrogen von einem Gefängniskameraden um eine ziemlich bedeutende Geldsumme, kaufte er ein Messer, um den Betrüger zu töten, gab sich aber kaum Mühe, diesen zu suchen. Danach lernte er eine Frau kennen, die zugleich ein anderes Verhältnis hatte. Sein Rivale überraschte ihn einmal und schlug ihn so heftig, daß er ins Krankenhaus eingeliefert wurde. Er begann zu trinken, empfand Haß und Wut gegen seinen Rivalen und fühlte, daß sein Leben wertlos wurde. Nachdem er seine Ersparnisse wegen Trinksucht aufgezehrt hatte, suchte er nach einer billigen Wohnung. Wie durch Zufall kam er in die Gegend, wo sein Betrüger wohnte. Er traf diesen und tötete ihn plötzlich. Nach dem Mord hatte er ein Gefühl der Erleichterung und unternahm keinen Fluchtversuch, bis er verhaftet wurde.

Abgesehen von der narzißtischen und homosexuellen Motivation, die in diesem Fall deutlich ist, will der Verfasser vielmehr die defensiven Aspekte des Ichs hervorheben. Der Mann wollte sich vor einer depressiven suizidalen Situation retten. Der Vorfall mit dem Rivalen hatte die Integrität und Stabilität seines Über-Ichs erschüttert und aktivierte sein altes Schuldgefühl. Der Verfasser meint mit Rapaport, daß es keine Entladung der Impulse ohne Beteiligung des Ichs gibt. Alle drei Persönlichkeitsinstanzen funktionieren. Die vom Über-Ich stammende Gefahr wird durch die Identifizierung mit dem Aggressor beseitigt. Das Ich erklärt der Außenwelt den Krieg und mobilisiert die primären Triebe für die eigene Sache.



Im zweiten klinischen Fall handelt es sich um eine junge Frau, 20 Jahre, die ihre Schwangerschaft aus Ressentiment gegen ihren Mann und ihre Familie verbergen wollte. Bei der Geburt hörte das ältere Kind der Frau das Neugeborene schreien. Die Mutter geriet in Panik und warf ihr Baby ins Klosett. Eine Woche danach machte sie einen Selbstmordversuch und wurde ins Krankenhaus eingeliefert, wo sie drei Tage lang unaufhörlich laut schrie. Der „konstruktive“ Aspekt dieses Verbrechens liegt darin, daß die Frau bei ihrer unkontrollierten Panik in eine delirierende Psychose hätte geraten können, in der sie beide Kinder umzubringen im Stande gewesen wäre.

Der Verfasser befaßt sich nun mit der Situation des Mörders nach der Tat. Sie ist verschieden von der eines Diebes, der seine Tat leugnet. Die innere Situation des Mörders zeigt ein Durcharbeiten des Schuldgefühls. Das Über-Ich verlangt, daß der Mörder auch sterben muß. Es ist schwerer, den Mord als den Diebstahl zu leugnen. Die Forderung des Über-Ichs kann zu Selbstmord führen. Sie kann aber auch zur Anerkennung der Realität der Tat veranlassen und dem Ich eine Überlebenschance gestatten.

Der Verfasser beschreibt diesen Zustand als eine innere Stagnation. Die Tat ist anerkannt in ihren Einzelheiten. Manchmal neigt der Mörder zu einer überrealistischen Einstellung und beschäftigt sich mit den geringfügigsten Realitäten, was zu Depressionen führen könnte. Nach dieser Phase tritt ein Zustand des Staunens und der Enttäuschung über das Objekt ein, das durch sein totales Verschwinden den Mörder im Stich gelassen hat. Die letzte Phase ist die Melancholie mit diffuser Wut und erstickendem Schuldgefühl. Der Mörder kehrt zurück in die frühere Konfliktsituation. Seine Beziehung zur Realität wird durch Projektion stark beeinträchtigt. Um die Kontrolle über seine Aggressivität erhalten zu können, muß ihm die Möglichkeit gegeben werden, die emotionalen Regungen der Mordsituation zu empfinden, ohne Risiko für das Leben des Objekts oder des Mörders.

Die Verantwortung der Gesellschaft gegenüber den Kriminellen ist zweiseitig; einerseits muß die Gesellschaft die destruktiven Neigungen der Kriminellen kontrollieren und sie andererseits vor der Destruktivität gegen sich selbst schützen.

Author's address:

Matti Tuovinen, M. D.  
Dept. of Forensic Psychiatry  
Mustasaari Hospital Vauha Vaasa  
Finland

## **Hochschulpsychiatrie / College Psychiatry**

### **Student Problems in Britain: Their Extent, Nature and Consequences**

Robert Oxtoby\*

An earlier review of British educational research on the influence of emotional factors on student's academic achievements (Oxtoby, 1969) attempted to relate performance to stress and anxiety in terms of the interaction between the individual and the institution. It was suggested that a student's academic performance and the kind of person he will become during his years at college or university cannot be predicted or understood solely by considering his own personal characteristics, i. e. his aptitudes and abilities, personality, motivation etc. We need also to know something about the effects of different institutional environments, different administrative policies and different methods of teaching.

It remains the case that very little is known with certainty about the effects which different institutions and different courses of study have on students, either in terms of the effect of the general social and teaching environment or, more specifically, in terms of the various support structures such as counselling and health services, but there have been a number of recent additions to the literature which deserve attention (Miller, 1970; Ryle 1969; Payne, 1969; Wankowski, 1969), as well as a new collection of statistical evidence on success and failure (University Grants Committee, 1968).

#### **How Many Students have Psychiatric Problems?**

It is now fairly well established that not less than 2 percent of British university students experience severe psychiatric illness of a type requiring hospital admission, and that up to 15—20 per cent suffer some emotional or psychiatric disturbance of sufficient degree to constitute a handicap and to need some form of treatment, either prolonged psychotherapy or shorter periods of counselling. As many as a further 20 per cent of students probably exhibit transient symptoms, particularly the milder forms of pre-examination stress reaction, often requiring little more than reassurance or brief medication. Thus, although the definition of disturbance or illness is inevitably arbitrary, it seems that at some stage during their course, at least a third of all students will be affected by an emotional or psychological problem of sufficient seriousness to warrant advice or treatment.

It is difficult to comment on whether the reported rates of psychiatric illness amongst students are markedly different from the rates in the age group as a whole, largely because there are so few psychiatric facilities for adolescents outside the universities. What little evidence there is appears to suggest that the reported rates for students are somewhat higher for minor and moderate psychiatric disorders, but lower for more severe disorders. Suicide and acts of self-injury, on the other hand, are probably more common amongst students, especially amongst male students, than amongst other members of the same age-group (Atkinson, 1969).

Almost all of the information relating to the extent of emotional disturbances amongst students has arisen from studies carried out by university health ser-

---

\* Ph. D., Department of Chemistry, Portsmouth Polytechnic, Portsmouth (England).

vices. In so far as reported rates of psychiatric illness, especially illness of the milder varieties, will depend as much on the availability and sophistication of services as upon the true prevalence of disorders, a certain amount of caution is necessary in interpreting reported statistics.

### Types and Causes of Difficulty

Not only is the extent of psychiatric disorders in students extremely difficult to establish with confidence but so also is the precise nature of their problems. By no means all students who have problems will admit to them or seek advice and, for those who do seek help, there is a marked lack of agreement in identifying the degree of severity of distress. It is apparent that students are likely to present a greater variety of problems at counselling services than at conventional health services and, if asked, it seems likely that the majority of students will confess to problems of one kind or another.

Neurotic illnesses and personality problems represent by far the most common form of psychiatric disorder in people of all ages, and the 15—20 per cent of British university students who report severe or moderate emotional disorders are no exception. Only about 1 per cent of students will be affected by a serious psychotic illness such as schizophrenia or manic depression. Although many of the problems which students have to face are of a kind which the majority of adolescents and young adults may experience — sexual adjustment problems and unhappy love affairs; familial relationships and anxieties about parental expectations; immaturity and identity difficulties — they undoubtedly have certain problems, particularly those arising from worries about academic work, study difficulties and examination reactions, which are peculiar to them. In an academic community, there is every reason to suppose that academic worries are more widespread than any other type of problem and that they become increasingly common as students move through their university careers. At the end of their first term, and again eighteen months later, for example, 584 students at the University of Bradford claimed that their most pressing problems were as follows (Musgrove, 1969):

	Per cent of students reporting particular worries	
	1966	1968
Feelings you're not working as hard as you should	68.2	68.8
The thought of exams	52.1	67.1
Feeling overwhelmed by academic work	29.1	48.0
Being bored by some of your work	30.1	41.8
Being depressed	29.5	34.6
Being unsure for your abilities	36.6	26.7
Difficulty in understanding lectures	36.6	24.3
Worry over money	29.8	23.6
Worry about future career prospects	13.7	21.2
Problems with girlfriend/boyfriend	26.0	18.8
Feeling shy or awkward	19.2	13.7
Lack of guidance in your work by staff	15.1	13.4
The manner or attitude of a lecturer	21.6	13.0
Worry about your family	7.5	12.0
Difficulty in doing written work or exercises	16.8	8.6

### Students Who Fail or Withdraw

The academic casualty list is made up of those who fail to reach their own or the university's standards, or who leave because of their own choice or the university's decision. The most recent official statistics show that of the 35,386 undergraduates who might normally have expected to obtain a first degree at a British university in 1965/66, 13.3 per cent left without doing so. The formal reasons for this were as follows (U. C. G., 1968):

	Per cent of students who left without success		
	Men	Women	Total
Academic reasons	85.3	69.2	81.9
Illness	3.3	5.6	3.8
Disciplinary reasons	0.9	0.2	0.7
Other reasons	10.5	25.0	13.6

But what of the 81.9 per cent who are said to have left for academic reasons? Did they fail for lack of intelligence? Were they producing insufficient work? Did they have difficulties in studying properly? Or were they dissatisfied with their course of study? And how many had psychiatric problems?

Inevitably, because underachievement or failure at university are complex, multicausal phenomena, it is impossible to make valid generalisations about the association between psychiatric illness and poor academic performance. Most British research workers agree that drop-outs include a significantly high proportion of those with personality or emotional problems; psychiatric illness may account for at least one-third of all wastage, with minor disturbances having some influence in a substantial proportion of the remainder. In an investigation at the University of Birmingham the most pronounced, possible contributory reasons which emerged from pooling information about students who withdrew in 1965/66 were as follows (Wankowski, 1969):

	Per cent of students who withdrew
Lack of interest	36
Persuaded to enter university	26
Difficulties in studies	24
Difficulties at home	20
Personality difficulties	14
Emotional upsets	9

It was also evident that students who left after failing examinations differed from those who left earlier. More frequently, the former were classed as those who had academic difficulties (36 per cent) and who lost interest (40 per cent) than those who left before examinations (17 per cent in each case). Students who left before examinations had a higher incidence of medical (29 per cent), psychiatric (29 per cent) and personal difficulties (25 per cent) than those who left after failing examinations (7, 12 and 18 per cent, respectively).

### **Personality, Psychiatric Disorders and Academic Achievement**

By no means all students with psychiatric or emotional disturbances fail their examinations or leave university without taking examinations, of course, and some psychiatric patients do especially well. Many students probably respond favourably to mild psychological pressures, the stress aiding rather than hindering success. Much recent research has focused on the relationships between academic achievement and personality characteristics (e. g. intelligence, motivation, stability / neuroticism, introversion / extraversion) and this is often relevant to the view that stress is not always harmful in its effects.

Inquiries into the relationship between personality characteristics and success or failure at British universities have failed to show a close connection between scores on intelligence tests and academic achievement or between intelligence and liability to psychiatric illness. There is, however, evidence to suggest that unsuccessful students are distinguishable from successful students by their lower motivation to study, by their lower level of satisfaction with their choice of course and career and by their tendency to have less well-defined or less clear positive goals (Cohen and Child, 1969; Wankowski, 1969). Although it is true that one cannot predict with any degree of certainty those who will develop academic difficulty, those who will drop out and those who will develop psychiatric disorders, it is fairly well established that students with tendencies to introversion tend to do better in examinations than those tending to extraversion. Neuroticism or instability, on the other hand, probably has conflicting effects on achievement — a disorganising effect on study and performance but a sustaining effect on motivation and the need for achievement — and is likely to be more common in psychiatrically disturbed students than in others. It has been suggested that neurotic-introverts are more likely to do well academically than stable-extraverts, but also to have a greater chance of suffering from psychiatric breakdown.

Despite the fact that there seems to be a recognisable interaction between study methods, motivation and personality type in relation to degree performance (Entwistle and Wilson, 1970), the research findings on the precise relationships between academic achievement, personality factors and psychiatric disorders remain generally unclear. Nevertheless, it is well established that many British students suffer from psychiatric illnesses, emotional problems, anxieties and worries and, in such a situation, the solution must lie in the early detection of vulnerable and academically-weak students, coupled with rapid and appropriate treatment, guidance and counselling.

### **Literatur**

- Atkinson, J. M. (1969): Suicide and the Student. In: *Universities Quarterly*, 23, p. 213—224.
- Cohen, L. and Child, D. (1969): Some Sociological and Psychological Factors in University Failure. In: *Further Studies of a Technological University* (University of Bradford) p. 203—220.
- Entwistle, N. J. and Wilson, J. D. (1970): Personality, Study Methods and Academic Performance. In: *Universities Quarterly*, 24, p. 147—156.
- Miller, G. W. (1970): *Success, Failure and Wastage in Higher Education* (London: Harrap).

- Musgrove, F. (1969): Changing Student Problems. In: Further Studies of a Technological University (University of Bradford) p. 184—192.
- Oxtoby, R. (1969): The Influence of Emotional Factors on Student's Academic Performance at University. In: Psychische Störungen bei Studenten (Stuttgart: Georg Thieme Verlag) p. 38—50.
- Payne, J. (1969): Research in Student Mental Health (London: Society for Research into Higher Education).
- Ryle, A. (1969): Student Casualties (London: Allen Lane The Pinguin Press).
- Universities Grants Committee (1968): Enquiry into Student Progress (London: H.M.S.C.).
- Wankowski, J. A. (1969): Students — Why Some Fail (University of Birmingham Educational Survey).

### **Psychische Probleme der Studenten in England: Ihr Ausmaß, ihre Struktur und ihre Konsequenzen**

Robert Oxtoby

Eine Durchsicht der kürzlich erschienenen Literatur über psychische Probleme der Studenten in England legt die Auffassung nahe, daß es bestimmte Problematiken gibt, an denen spezifisch Studenten leiden — ungeachtet der Tatsache, daß sie viele Probleme mit den übrigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen in England gemeinsam haben. Diese spezielle Problematik bezieht sich vor allem auf Studienängste, Arbeitsschwierigkeiten im Studium und Reaktionen auf das Examen. Bei etwa 10 bis 20 Prozent der Studenten rufen ihre Probleme psychische Störungen von derartiger Schwere hervor, daß eine längere Psychotherapie oder kürzere Perioden der Beratung erforderlich werden. Etwa ein gleich großer Prozentsatz zeigt vorübergehend eine Symptomatik, die eine Stabilisierung und — in einigen Fällen — eine kurzzeitige medikamentöse Behandlung — nötig machen.

In der vorliegenden Arbeit wird Material dafür vorgelegt, daß unterdurchschnittliche Leistungen oder Versagen im Studium komplexe, multikausale Phänomene sind. In mindestens einem Drittel der Fälle von Studien ohne Abschluß ist eine psychische Erkrankung ursächlich beteiligt; in Bezug auf Zensurenleistung in Prüfungen gibt es erkennbare Interaktionen zwischen Motivation, Studienmethoden und Persönlichkeitstyp. Es ist immer noch nicht möglich, vorauszusagen, bei welchen Studenten sich Studienschwierigkeiten oder psychiatrische Störungen einstellen werden, und so liegt die größte Hoffnung auf eine Besserung dieser Situation wohl in der frühzeitigen Feststellung, Behandlung und Beratung der schwachen und sich in Studienschwierigkeiten befindlichen Studenten.

Anschrift des Verfassers:

Dr. R. Oxtoby, Ph. D.  
 Portsmouth Polytechnic,  
 Department of Chemistry and Geology  
 Burnaby Road  
 Portsmouth PO 1 3QL  
 England

## Kongreß- und andere Nachrichten / Conventions and Other News

2. 8.—7. 8. 1970 *Jerusalem (Israel)*

7<sup>e</sup> Congrès de l'Association internationale de Psychiatrie infantile et des professions affiliées.

Auskunft: Prof. agr. D.-J. Duché, 54, boulevard Emile-Augier, Paris 16<sup>e</sup> (Frankreich), oder

Dr. S. Lebovici, 3, avenue du Président-Wilson, Paris 16<sup>e</sup> (Frankreich) und Hapag-Lloyd Reisebüro, 6 Frankfurt 1, Kirchnerstraße 4 oder Deutsches Reisebüro GmbH, 6 Frankfurt 1, Postfach 3621.

24. 8.—28. 8. 1970 *Mailand*

Vom 24. 8. bis 28. 8. 1970 findet in Mailand der 8. Internationale Kongreß für Medizinische Psychotherapie statt.

Auskunft: Centro Studi di Psicoterapia Clinica, Piazza S. Ambrogio 1, 20123 Mailand, Italien.

17. 9.—20. 9. 1970 *Paris*

Vom 17. 9. bis 20. 9. 1970 veranstaltet die Französische Gesellschaft für Psychosomatische Medizin ihren 4. Internationalen Kongreß für Psychosomatische Medizin. Thema: L'action psychothérapeutique du médecin.

Auskunft: S.O.C.F.L., 7 rue Michel-Ange, Paris 16<sup>e</sup>, Frankreich.

21. 9.—23. 9. 1970 *Freudenstadt*

Psychotherapie-Seminar.

Auskunft: Dr. med. Graf von Wittgenstein, 8 München 23, Königinstraße 101.

21. 9.—24. 9. 1970 *Kiel*

27. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie.

Auskunft: Institut für Psychologie der Christian-Albrechts-Universität Kiel, 23 Kiel, Ashausenstraße 40, Neue Universität, Gebäude C 1.

23. 9.—26. 9. 1970 *Istanbul (Türkei)*

6<sup>e</sup> Congrès international de Psychopathologie de l'Expression.

Auskunft: Dr. G. Koptagel, Osmanbey, Sair Nigar, sok. 60/2 Istanbul (Türkei).

23. 9.—27. 9. 1970 *Tbilisi, Georgien (UDSSR)*

Vom 23. 9. bis 27. 9. 1970 veranstalten der Weltverband Psychiatrie zusammen mit der Akademie der Medizinischen Wissenschaften der U.D.S.S.R. in Tbilisi, Georgien ein Symposium.

Thema: Schizophrenie.

Auskunft: Secretariat of the World Psychiatric Association, The Maudsley Hospital, Denmark Hill, London, S. E. 5, England.

1. 10.—3. 10. 1970 *Gießen*

Jahreskongreß der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin gemeinsam mit dem Verband Deutscher Werksärzte e. V.

Hauptthemen: Probleme der Nacht- und Schichtarbeit; Umgebungseinflüsse.

Auskunft: Prof. Dr. Dr. J. Rutenfranz, Institut für Arbeitsmedizin der Justus-Liebig-Universität Gießen, Kugelberg 78.

8. 10.—9. 10. 1970 *Mainz*

2. Symposium über psychische Störungen bei Studenten.

Auskunft: Prof. Dr. D. Langen, Klinik und Poliklinik für Psychotherapie der Universität Mainz, 65 Mainz, Langenbeckstraße 1.

15. 10.—17. 10. 1970 *Ulm*

3. Arbeitstagung des Deutschen Arbeitskreises für Gruppen-Therapie und Gruppendynamik.

Auskunft: Tagungsbüro der Abteilung für Medizin und Soziologie, 8871 Schloß Reisenburg.

23. 10.—25. 10. 1970 *Bad Nauheim*

Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde.

Auskunft: Dr. U. Spiegelberg, 355 Marburg/Lahn, Ortenbergstraße 8.

*November 1970 Paris*

Colloque de la Société de Recherches psychotherapeutiques de langue française.

Auskunft: Dr. André Mathé, 42, avenue Mozart, F-Paris 16<sup>e</sup> (Frankreich).

### **Notiz der Redaktion**

Die Deutsche Gruppenpsychotherapeutische Gesellschaft (DGG) veranstaltete im Sommer 1969 im Anschluß an den 26. Internationalen Psychoanalytischen Kongreß in Rom ihr erstes Internationales Symposium in Paestum. Der Typus des Kongresses unterschied sich deutlich von der bisherigen konventionellen Art, Kongresse abzuhalten. In Paestum war auch die Dynamik des Kongresses Gegenstand der Auseinandersetzungen. So diente dieses Treffen nicht etwaigen touristischen oder oberflächlich gesellschaftlichen Bedürfnissen der Teilnehmer, sondern vielmehr einer fruchtbaren wissenschaftlichen Zusammenarbeit. Der folgende Bericht aus "The Human Context" über den Rom-Kongreß mag diesen unseren Standpunkt verdeutlichen.

### **Bericht aus Rom**

*Übersetzung nach einem Artikel aus "The Human Context", vol. II, No. 1, p. 129*

Der 26. Internationale Psychoanalytische Kongreß wurde vom 27. Juli bis 1. August 1969 in Rom abgehalten. Er fand in dem teuren Cavaliere-Hilton-Hotel auf dem Monte Mario statt. Das „Symbol“ des Kongresses war die Moses-Statue des Michelangelo, von der Freud sagte: „Keine Statue hat so einen starken Eindruck je auf mich gemacht wie diese“. Freud fühlte, daß „Moses zorniger Blick voller Verachtung auf dem Mob ruhte, der sich freut, wenn er seine illusionären Idole wiederhat.“

Die in Rom erscheinende Zeitung "The Daily American" berichtete am 30. Juli: „Mehr als 8000 Delegierte besuchen den Hauptkongreß, dessen Thema die jüngsten Entwicklungen in der Psychoanalyse sein werden.“ Tatsächlich belief sich die Zahl der registrierten Teilnehmer auf rund 1200, davon kamen etwa die Hälfte aus den Vereinigten Staaten und weitere 20 % aus Großbritannien. Die verbleibenden 30 % repräsentierten einige 30 Nationen, darunter die meisten südamerikanischen Länder, die westeuropäischen Staaten einschließlich Finnland und dazu Jugoslawien, weiter Israel, Indien, Australien und Japan. Viele der angemeldeten Teilnehmer erschienen zu keiner der Veranstaltungen. Rom ist schließlich ein vorzüglicher Ort, um Ferien zu machen. Zwei spezielle Veranstaltungen — die nicht zum offiziellen Programm zählten — waren drängenden Tagesfragen gewidmet, „Jugend und Protest“ und „Krieg und Frieden“. Sie zogen nur eine Handvoll Leute an. Das „Jugend und Protest“-Hearing gab einigen hochgestellten Persönlichkeiten Gelegenheit, eine sehr rigide und strafende Haltung zu zeigen. Man bemerkte, daß nur wenige Studenten — nämlich die psychotischen — an der Aktivistenbewegung beteiligt seien. Sehr aktiv in dem Hearing über „Krieg und Frieden“ waren die Lateinamerikaner und die Italiener. Auch einige Israelis und eine Handvoll der 600 registrierten amerikanischen Kongreßbesucher waren bei der Veranstaltung.



Die Inspiration der Moses-Statue und das Thema der Zusammenkunft hätten den Kongreß zu einem denkwürdigen Ereignis machen können, aber er verlief enttäuschend. Er entpuppte sich als ein Lehrbeispiel für die Herrschaft der Greise bei der Arbeit. Die Seniorenmitglieder kontrollierten, wer wann was warum sagen sollte. Wenig Neues wurde berichtet. Stattdessen wetteiferten viele darum, sich gegenseitig im Herausgeben, Überarbeiten, Verfeinern und Verteidigen der Werke des Meisters zu übertrumpfen. Das Klima des Kongresses ließ an eine mittelalterliche Konkclave von Scholaren denken, wo keine Abweichung, Zweifel oder Neuerungen möglich waren. Jeder Änderungsvorschlag — selbst aus den Reihen des Establishments, wie die der Kleinianer — wurde abgelehnt. Man widmete sich stattdessen den Themen „Ein grundlegendes psychoanalytisches Modell“ (Lustman), „Der ökonomische Gesichtspunkt in der klinischen Psychoanalyse“ (Sandler und Joffe), und „Eine vorgeschlagene Änderung“ (Arlow und Brenner), alles alte Hüte.

Der lauteste offene Protest kam von einem Kongreß der Opposition, der von einer „Studiengruppe von Europäischen Psychoanalytikern“ organisiert wurde. Das „Rumpf-Treffen“ wurde von Italienern und Schweizern aus den Reihen der Kongreßteilnehmer angeführt, und fand unweit der Kongreßtagungsstätte statt. Sie nahmen einige Kongreßplakate und änderten die beiden Schluß-s in „Congress“ in Dollarzeichen, jetzt hieß es: CONGRE\$\$\$. Sie protestierten gegen den kostspieligen Rahmen des Kongresses, seinen „oligarchischen“ Charakter und die amerikanische Dominanz und Kontrolle; und gegen die Tatsache, das „Psychotherapie nur für Wohlhabende zu haben ist“.

In dem Flugblatt, das die Protestler verteilten, attackierten sie das traditionelle Modell der psychoanalytischen Berufsorganisation und der Ausbildung. Wie „verträgt“ sich das Kandidatsein mit der Anwendung der eigenen psychoanalytischen Erfahrungen? Wie verhindert die Abhängigkeit vom Ausbildungsanalytiker in Bezug auf Zulassung und Vorwärtskommen in der Ausbildung die Realisierung der eigenen Ziele in Ausbildung und Behandlung? Sie stellten fest, daß die psychoanalytischen Gesellschaften und ihre Formen der Initiationsriten dem „Schutz der Praxis des psychoanalytischen Berufes“ gewidmet seien. „Das präjudiziert folgerichtig die wissenschaftlichen und soziokulturellen Ziele der Psychoanalyse.“

Mehr noch, die Dissidenten waren überzeugt, daß „die hierarchische Struktur der psychoanalytischen Bewegung die Entstehung von Beziehungen regressiven Typus zwischen ihren Mitgliedern fördert, und auf der einen Seite Gelüste nach Macht — reale oder illusionäre — erzeugt und andererseits passives und abhängiges Verhalten hervorruft. Aus diesen Zuständen resultiert unter anderem die Kristallisation einer geschlossenen und isolierten Gruppe.“ Solch eine Situation veranlaßte sie, sagen sie, „die Rolle (des Psychoanalytikers) in der Gesellschaft in Frage zu stellen.“ „Der Internationale Psychoanalytische Kongreß in Rom hat diese kardinalen Probleme total ignoriert. Wir schlagen vor, sie in einer Reihe von Treffen zu diskutieren.“

Vielleicht hat die Ausbildung der Analytiker zu gut funktioniert und man kann deshalb Analytiker nicht zur Aktion anstacheln, vielleicht sind die Psychoanalytiker auch Opfer des Erfolges in der gegenwärtigen industriellen Gesellschaft. Vielleicht auch ist die Führerschaft zu alt. Auf jeden Fall haben auch diese Splittertreffen wegen zu geringer Mitwirkung ihr Ziel nicht erreicht.

Von allen Pionieraspekten der psychoanalytischen Bewegung ist wohl die Übergabe des Ringes, den Freud seinen Schülern gab, die einzige Tradition, die noch gepflegt wird. Der Kongreß war trotz allem auch Verbote kommender Dinge. Veränderung heißt die Losung des Tages, wie sie auch für Freud hieß, nicht so für seine Schüler. Die alte Ordnung kann nicht lange die postindustrielle Welt überleben, wenn ihre Träger sich so hartnäckig gegen den Zug der Zeit stemmen und sagen „Wir weichen nicht!“.

## Mitteilungen der DGG/DAP / Communications of the DGG/DAP

Am 4. und 5. April 1970 fand in den Räumen des Lehr- und Forschungsinstitutes für Psychodynamische Psychiatrie und Gruppendynamik in Berlin, Wielandstraße 27/28, die 6. ordentliche Mitgliederversammlung der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft e. V. (DGG) statt. Auf der Tagesordnung der rund 40 anwesende Mitglieder zählenden Versammlung standen u. a. die Konstitution der Sektion München der DGG, ein Bericht über das Ausbildungsprogramm des Lehr- und Forschungsinstitutes sowie die Aufnahme zahlreicher neuer Mitglieder. Die DGG hat jetzt erfreulicherweise über achtzig Mitglieder, darunter dreizehn ausländische Mitglieder, u. a. aus den USA, Großbritannien, Ungarn, Schweiz, Niederlande, Italien und Bolivien.

On the 4th and 5th of April 1970 the sixth general assemlée of the Deutsche Gruppenpsychotherapeutische Gesellschaft (DGG) e. V. — took place in the rooms of the Lehr- und Forschungsinstitut für Psychodynamische Psychiatrie und Gruppendynamik, Berlin, Wielandstraße 27—28; more than 40 members of the DGG were present. Among the topics of discussion and resolution were the formation of the DGG-section Munich, a report about the training program of the Lehr- und Forschungsinstitut and the admission of numerous new members. The DGG has now more than eighty members, among these ten members from foreign nations — the United States, England, Hungary, Switzerland, Netherlands, Italy and Bolivia.

### Weitere Reaktionen auf die Gründung der DAP

„Dynamische Psychiatrie“ Volume 3 Part 1 has just arrived, and I am indeed intrigued by the establishment of the German Academy for Psychoanalysis. This programme certainly is a challenging one, and I wish you the very best of success with its future.

M. Masud R. Khan

Herausgeber der International Psycho-Analytical Library und Mitherausgeber des International Journal of Psycho-Analysis, London.

Zur Neugründung der Akademie für Psychoanalyse als einer notwendigen Alternativinstitution möchte ich Ihnen sehr gratulieren! Ich freue mich persönlich und um der Sache willen außerordentlich, daß Sie diese mutigen und konsequenten Schritte unternommen haben. — Es ist gut, daß die selbst verordnete Schlafkur in dem von „Papa Freud“ gemachten und benutzten Bett einmal in Frage gestellt und schließlich offenbar wurde durch die Reaktion der DPV, wie unschlich und egoistisch die psychoanalytische Wiege zweckentfremdet wird: Einer wiegt den anderen in den Schlaf. Wer da nicht mittut, der soll eingeschlafert werden.

Ulrich Henschel,

Psychoanalytiker und Psychagoge, Stuttgart

Ich bin sicher, die DGG wird, legitimiert durch Ihren entscheidenden Schritt — einen Orden bzw. eine feudalistische Aristokratie zu verlassen — ihren Weg gehen. Ich fühle, daß sie keine Furcht vor dem Unbekannten zu haben braucht, da sich in der Reibung an ihr und in ihr ihre Kräfte vervielfachen werden. In dem Maße, in dem das geschieht, wird sie ihre Selbständigkeit auszuhalten in der Lage sein.

Dr. phil. Günter Hillmann,

Sozialpsychologe und Gruppenanalytiker



Das Zweite Internationale Symposion über Psychoanalytische Gruppenpsychotherapie in Paestum/Italien vom 15. bis 20. Mai 1970  
The Second International Symposium on Psychoanalytic Group-Psychotherapy in Paestum/Italy May 15th to 20th 1970

**Bericht über das 2. Internationale Symposion über Psychoanalytische Gruppenpsychotherapie in Paestum/Italien vom 15. bis 20. Mai 1970**

Vom 15. bis 20. Mai 1970 fand in Paestum/Italien das 2. Internationale Symposion über Psychoanalytische Gruppenpsychotherapie statt. Veranstaltet wurde dieser internationale Erfahrungsaustausch der Pioniere der Gruppenpsychotherapie aus 10 Ländern von der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft e. V. (DGG) und der Deutschen Akademie für Psychoanalyse e. V. (DAP), Berlin. Die Tagung stand unter dem Leitthema: Gruppe und Aggression.

Die Referate befaßten sich mit der Aggression, ihrer Genese und Dynamik in den verschiedenen Gruppenformationen: Therapie-, Selbsterfahrungs- und Kindergruppen. Den Referenten war die Ablehnung eines angeborenen Aggressionstriebes und die Auffassung der destruktiven Aggression als Störung der Frustrationsregulation gemeinsam. Während die Berliner Schule (Günter Ammon, Gisela Ammon, v. Kries und Moldenhauer) den konstruktiven Aspekt der Aggression als eine zentrale Ich-Funktion hervorhob und die gesunde psychische Entwicklung als Erweiterung der Ich-Autonomie darstellte, richtete die Budapester Schule (Hidas, Buda) ihr Augenmerk auf die Entstehung der Aggressionsphänomene bei wechselnder Strukturierung der Gruppe. Beide Schulen erkannten in den Kommunikationsmodalitäten den Hauptindikator der Gruppendynamik.

Neben den Referaten wurden Arbeitsgruppen gebildet, in denen allgemeine und besondere Probleme der Gruppenpsychotherapie diskutiert wurden. Selbsterfahrungsgruppen zur Kongreßdynamik erbrachten reiches Material für das wichtige Gebiet der Kongreßforschung. Erstmals wurden hier Strukturen und Prozesse eines Kongresses von den Teilnehmern selbst der Erfahrung zugänglich gemacht.

Alle Beiträge und Diskussionen des Symposions werden zusammen mit den Vorträgen und Diskussionen des 1. Internationalen Symposions in Paestum 1969 in der Reihe „Schriften zur Dynamischen Psychiatrie“ im Verlag H. Heenemann GmbH und in der britischen Fachzeitschrift „Group Analysis“ veröffentlicht werden.

**The Second International Symposium on Psychoanalytic Group-Psychotherapy in Paestum/Italy from May 15th to May 20th 1970**

The Second International Symposium on Psychoanalytic Group-Psychotherapy — organized by the Deutsche Gruppenpsychotherapeutische Gesellschaft (DGG) e. V. (German Group Psychotherapeutic Society) and the Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) e. V. (German Academy for Psychoanalysis) — took place in Paestum/Italy from May 15th to May 20th 1970. The main subject of this international meeting attended by group-psychotherapy experts from ten nations was „Group and Aggression.“

The papers presented at the symposium dealt with problems of aggression, its origin and dynamic in the different group formations: sensitivity groups, children and therapeutic groups. All papers denied the hypothesis of an innate aggression drive and considered destructive aggression as a frustration disregulation. The Berlin School (Günter Ammon, Gisela Ammon, v. Kries and Moldenhauer) regarded the constructive aspect of aggression as a central ego-function and the sound mental development as a widening of the ego autonomy. The Budapest School (Hidas and Buda) centered its attention on the appearance of aggression in relation to different group structures. The two schools agreed on recognizing that patterns of communication are main indicators of group dynamics.

In workshops, general and particular problems of group-psychotherapy were discussed. Sensitivity groups for all participants of the symposium yielded a rich fund of material for research in the field of congress dynamics. For the first time the structure and processes of a congress have been the object of the self-experience of congress members.

All papers and discussions will be published together with the contributions of the First International Symposium in Paestum 1969 in the serie „Schriften zur Dynamischen Psychiatrie“ (Verlag H. Heenemann GmbH, Berlin) and in the British journal „Group Analysis“.

## **Mitteilungen des Lehr- und Forschungsinstituts für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik / Communications of the Lehr- und Forschungsinstitut**

Dr. med. Günter Ammon wurde in das „Internationale Collegium der Psychosomatischen Medizin“ (New York) berufen.

Dr. med. Günter Ammon wurde in den International Consulting Board der Vierteljahresschrift „Comparative Group Studies“ (Beverly Hills, Kalifornien) aufgenommen.

Dr. med. Günter Ammon und Gisela Ammon wurden in die Group-Analytic Society (London) als ausländische Mitglieder aufgenommen.

Das Lehr- und Forschungsinstitut wird in einigen Wochen über ausreichende eigene Räumlichkeiten verfügen. Dank der Bereitschaft der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft e. V. (DGG), der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e. V. und der Pinel-Gesellschaft e. V., einen Teil der Miete mitaufzubringen, konnte die gesamte, direkt unter der Praxis Dr. Ammons liegende 2. Etage in der Wielandstraße 27—28 gemietet werden. Es werden Räume für den Vorlesungs- und Seminarbetrieb sowie den psychoanalytischen Kindergarten des LFI zur Verfügung stehen. In einem Raum wird die im Entstehen begriffene Fachbibliothek untergebracht, weitere werden von der DGG und der Redaktion der Dynamischen Psychiatrie genutzt werden.

### **Ausbildungsprogramm des Lehr- und Forschungsinstituts für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik (LFI)**

Das Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik Berlin ist das Ausbildungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse e. V. und der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft e. V. Die Ausbildung zum Psychoanalytiker und die Ausbildung zum Gruppenpsychotherapeuten sind miteinander verbunden. Sie erfolgen im Rahmen eines einheitlichen Lehrprogramms, das sich über 4 Jahre erstreckt.

#### *Die Zulassung*

Voraussetzung für die Zulassung zum Studium am LFI ist in der Regel

1. eine abgeschlossene Grundausbildung in den Bereichen Medizin, Psychologie oder Sozialwissenschaften;
2. die Teilnahme an einem 4-tägigen Kurs des LFI in intensiver Gruppen- und Selbsterfahrung;

3. die mindestens einjährige Erfahrung in einer psychotherapeutischen Gruppe. Diese Gruppenerfahrung soll die weitere Ausbildung begleiten.

Das Zulassungsverfahren wird damit eingeleitet, daß ein Ausbildungsantrag mit Lebenslauf dem Zulassungsausschuß des LFI vorgelegt wird. Dieser bestimmt drei Mitglieder, mit denen der Antragsteller Interviewtermine vereinbart. Auf Grund der eingereichten Unterlagen und der Interviewberichte entscheidet der Zulassungsausschuß über die Zulassung.

Im ersten Jahr können einführende Seminare besucht werden. Mit der endgültigen Zulassung ist die Garantie eines Abschlusses der Ausbildung gegeben.

### *Der Studienplan*

Die theoretische und praktische Arbeit des LFI gründet sich auf das Studium der Situation des Menschen und ihrer dreifachen Geschichte: soziale, psychische und somatische Entwicklung. Dementsprechend ist das Lehrprogramm organisiert.

Die theoretische Ausbildung gliedert sich in vier Fächer:

1. Psychoanalyse
2. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik
3. Dynamische Psychiatrie
4. Soziologie

Ein detailliertes Curriculum wird ausgearbeitet.

Die praktische Ausbildung, welche das theoretische Programm begleitet, umfaßt Erfahrung

1. in der eigenen Lehranalyse
2. in mehreren T-Gruppen
3. im psychoanalytischen Kindergarten des LFI
4. in milieutherapeutischen Programmen
5. in Kontrollanalysen, sowohl einzeln, als auch in der Gruppe.

Dieses obligatorische Programm wird ergänzt durch fakultative Kurse zu speziellen Problemkreisen, z. B.

Kinderpsychologie, Sozialarbeit, Kriminologie.

### *Die Prüfungen*

Abgeschlossen wird die Ausbildung nach vier Jahren mit einer Prüfung durch einen hierzu bestellten Ausschuß der beiden Gesellschaften.

### *Gebühren*

Für die Bearbeitung des Aufnahmeantrages wird eine Gebühr von DM 50,— erhoben. Die Studiengebühr für die theoretischen Kurse beträgt DM 200,— pro Kalenderjahr und wird im voraus bezahlt.

### **Erratum zu Heft 1/1970**

Die Rubrik Hochschulpsychiatrie enthält zwei sinnentstellende Druckfehler.

Es muß richtig heißen:

S. 40, 3. Absatz 6. Zeile: . . . sei *eine* „kämpferische Hyperaktivität“ . . .

S. 44, 10. Zeile: . . . nicht einfach blind war, *sondern deshalb geblendet worden war*, weil er ein . . .

# Bewußtseinserweiternde Drogen ein Suchtproblem ?

Die Redaktion der Dynamischen Psychiatrie/Dynamic Psychiatry bereitet ein Sonderheft zum Problem der bewußtseinserweiternden Drogen vor.

In letzter Zeit häufen sich die unqualifizierten Äußerungen zum Problem der sogenannten Rauschgifte. Im Vordergrund steht dabei die angebliche Suchtgefahr, ein Aspekt, worin die kriminalisierende Tendenz dieser Beiträge sich ausdrückt, und dessen Überbetonung ein Ausweichen vor der wissenschaftlichen Diskussion der Problematik darstellt.

Das Sonderheft der Dynamischen Psychiatrie/Dynamic Psychiatry wird Beiträge enthalten, welche die Wirkung der bewußtseinserweiternden Drogen auf die kreativen und kontrollierenden Funktionen des Ichs untersuchen. Die Autoren berichten über Eigenerfahrung mit LSD, Haschisch und Peyote und beschäftigen sich mit dem Problem der Anwendung von LSD in der Therapie. Ein Beitrag erörtert Heroin-Sucht als Abwehrmechanismus.

## Inhalt

*Dr. med Günter Ammon (Berlin) und Paul Patterson, M. D. (Toronto):*  
Peyote: Zwei verschiedene Ich-Erfahrungen.

*Gilbert J. Rose, M. D. (Connecticut):*  
Ein Fall von narzistischer Identitätsstörung mit LSD-Psychose.

*Kenneth E. Godfrey, M. D. (Topeka) und Harold M. Voth, M. D. (Topeka):*

LSD als zusätzliches Mittel zur psychoanalytisch orientierten Psychotherapie.

*Gabriel de la Vega, M. D. (New York):*  
Die Heroin-Sucht: Ein Abwehrmechanismus.

# EHELEUTE UNTER SICH

Eine tiefenpsychologische Studie

von

Dr. med. Annelise Heigl-Evers und Dr. med. Franz Heigl, Göttingen

1. Band

## Geben und Nehmen in der Ehe

88 Seiten, DM 7,50

Über Eheprobleme ist schon viel geschrieben worden. Diese Studie ist jedoch etwas Neuartiges: Eheleute unter sich — wie der praktizierende Tiefenpsychologe sie erlebt. Ein kurzes Einleitungskapitel gibt zunächst einen Überblick über die Art und die Ursachen von Eheproblemen. Es folgen dann konkrete Beispiele von Eheschwierigkeiten und zwar in ihrem dialogischen Aufbau, so wie sie sich tatsächlich abgespielt haben und tagtäglich in zahllosen Fällen abspielen.

Man erfährt auf diese Weise, wie „Er“ und „Sie“ sich ungewollt und unbewußt das Leben schwer machen. Man wird angeregt, sich selber und seinen Partner im Zusammenwirken der Ehe besser zu verstehen. Der sogenannte gute Wille allein wird mit den Eheproblemen nicht fertig. Er muß gesteuert werden durch verständnisvolle Erkenntnis sowohl seiner selbst wie auch des Partners.

Der erste Teil dieser dreibändigen Reihe behandelt Probleme aus dem Bereich des Besitzerlebens — des Gebens, Nehmens und Teilens. Die Alltagsschwierigkeiten der Ehe liegen zu einem großen Teil gerade in diesem Bereich.

2. Band

## Gelten und Geltenlassen in der Ehe

150 Seiten, DM 14,50

Dieser Band behandelt Auseinandersetzungen in der ehelichen Gemeinschaft, bei denen es um Geltung und Anerkennung, um Kritik und Durchsetzung geht. In kurzen dialogischen Szenen treten Er und Sie in „Rollen“ auf, die dem Leben entnommen sind. In anschließenden Kommentaren werden die Entstehungsbedingungen solcher zwischenmenschlicher Störungen geschildert und Hinweise zu ihrer Überwindung gegeben.

3. Band

## Lieben und Geliebtwerden in der Ehe

176 Seiten, DM 16,50

Der dritte Teil befaßt sich mit dem Thema der Gefühlsbeziehungen zwischen Ehepartnern und den Problemen von Nähe und Distanz in der Ehe. Die Verfasser beschreiben im einzelnen die Grundsituation dieser Kleinstgruppe, die Eigenart der ehelichen Partnerschaft, die Gestörtheiten des Liebesstrebens einschließlich der erotisch-sexuellen Beziehung und deren Entstehungsgeschichte.

*Die Verfasser wenden sich mit dieser Reihe in erster Linie an alle Eheleute und solche, die es werden wollen. Die Reihe geht außerdem alle Menschen an, die von Berufs wegen mit der Ehe und ihren Störungen zu tun haben: Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten, Pädagogen, Soziologen, Fürsorger, Psychagogen u. a.*

**VERLAG FÜR ANGEWANDTE PSYCHOLOGIE  
STUTTGART-BAD CANNSTATT**



## Auf dem Wege zu einer dynamischen Sozialpsychiatrie

Die Verdrängung der Problematik psychischer Erkrankung aus dem öffentlichen Bewußtsein ist das schwerste Hindernis für die Entwicklung einer dynamischen Psychiatrie. Diese Zeitschrift hat daher seit ihrer Gründung sich darum bemüht, eine öffentliche Diskussion der Entstehungsbedingungen und der Heilungsmöglichkeiten psychischer Krankheit zu entfachen. Psychische Erkrankung ist ein soziales Problem ersten Ranges und allein im Rahmen einer umfassenden sozialen Anstrengung können wir hoffen, diesem Problem angemessen zu begegnen.

Die Redaktion der „Dynamischen Psychiatrie/Dynamic Psychiatry“ begrüßt daher außerordentlich, daß der 73. Deutsche Ärztetag 1970 in Stuttgart sich — zum ersten Mal in der fast hundertjährigen Geschichte dieser Institution — mit der Lage der Psychiatrie in der BRD beschäftigte und in einer Resolution alle zuständigen Instanzen aufgefordert hat, unverzüglich mit den nötigen Reformen und Strukturveränderungen der bestehenden, vor allem aber auch mit dem Aufbau neuer Einrichtungen der psychiatrischen Krankenversorgung zu beginnen\*.

Den Anstoß zu dieser Resolution gab ein Referat des Direktors der Universitäts-Nervenlinik Tübingen und Mitherausgebers der „Dynamischen Psychiatrie/Dynamic Psychiatry“, Prof. Dr. h. c. Walter Schulte, über die „Verbesserung der Hilfe für psychisch Kranke und Gefährdete“. Schulte, der eine skandalöse Unterentwicklung der Psychiatrie in der BRD konstatierte, entwickelte in seinem Referat eine klare Konzeption für die notwendige Neuorganisation psychiatrischer Arbeit. Neben einer überfälligen Umstrukturierung der intramuralen Einrichtungen, wo endlich der Schritt von der Verwahrungs- und Ausklammerungspsychiatrie zur Entwicklung therapeutischer Gemeinschaften getan werden sollte, forderte Schulte, „der Sozialpsychiatrie dazu zu verhelfen, daß sie in Forschung, Lehre und Behandlung konkret vertreten wird und aus dem Stadium unfruchtbaren Geredes heraustritt“. Er sagte: „Während in den meisten Kulturländern, sowohl im Westen als auch im Osten, sozialpsychiatrische Zentren zu Schwerpunkten psychiatrischer Behandlung geworden sind, kommen wir hier in der BRD mangels moderner Behandlungseinrichtungen keinen Schritt weiter“. Der Aufbau von Tag- und Nachtkliniken und die „Schaffung und Erweiterung psychotherapeutischer und psychosomatischer Behandlungs- und Ausbildungsstätten mit und ohne Zusammenhang mit den Universitätskliniken“ seien dafür eine unentbehrliche Voraussetzung. Ebenso verlangte Schulte eine Neuregelung der gesetzlichen Bestimmungen, welche die therapeutischen Bemühungen nicht wie bisher durch diskriminierende Vorschriften beeinträchtigen, wenn nicht aussichtslos machen dürften.

---

\* Wie wir dem Berliner Ärzteblatt, 83. Jahrg., Heft 16 vom 16. August 1970 entnehmen, war diese Resolution jedoch vor allem Ausdruck des schlechten Gewissens und der eigenen Ratlosigkeit.

Die Diskussion machte nach dem Bericht des Berliner Ärzteblattes den Eindruck, „als hätte Schulte ein paar hundert Nichtschwimmer unvermittelt ins tiefe Wasser seines ungewohnten Themas geworfen“.

Besonderes Gewicht legte er auf die Neuorganisation der Ausbildung, welche nicht allein die bisherigen Unzulänglichkeiten beseitigen, sondern auch dem tatsächlichen Bedarf an ausgebildeten Therapeuten entsprechen würde. Einer sozialpsychiatrischen Zusatzausbildung für Schwestern, Pfleger und Sozialarbeiter sollte dabei besondere Aufmerksamkeit gelten. Schulte betonte die große Bedeutung, welche Privatinitiativen für die nötigen Reformen haben, insbesondere auch die Bürgerbewegungen, welche wie die Mental-Health-Bewegung der angloamerikanischen Länder sich um die „Verbesserung der Hilfe für psychisch Kranke und Gefährdete“ bemühen und viel Vorbildliches geleistet haben. Vor allem aber forderte Schulte eine Intensivierung der Forschung „zur Erhellung der Psycho- und Soziodynamik von Psychosen und Neurosen, von Drogenabhängigkeiten, zur Klärung der soziokulturellen Konstellationen im Vorfeld, in der Erhellung der Familienstruktur und in der Objektivierung der peristatischen Faktoren, die für die Wiedererkrankungen, unter Umständen aber auch Ersterkrankungen mitverantwortlich zu machen sind“. Die „endogene Selbstherrlichkeit“, welche jeden therapeutischen Elan lähme, müsse endlich ersetzt werden durch eine Konzeption psychischer Erkrankung, die „mit einem multifaktoriell begründeten Geschehen von ... lebensgeschichtlicher Bedeutung“ rechne. Dabei gelte es nicht nur, „die ganz darniederliegenden Forschungszentren und -abteilungen an den Universitätskliniken zu fördern, sondern auch entsprechende Institutionen an den psychotherapeutischen Ausbildungsstätten zu errichten“.

Schulte bezeichnete die „Einbeziehung des seelisch Kranken“ als einen „Gradmesser für die Menschlichkeit einer Gesellschaft“ und beklagte die Entwicklung unserer Gesellschaft, deren „Toleranzgrenze für Anfällige, Hinfällige, Auffällige, für Teilgesundete und Teilsozialisierte eher im Sinken als im Steigen begriffen ist“. Er sprach die Hoffnung aus, mit seinem Referat einen Anstoß gegeben zu haben, der „kräftig genug“ gewesen sei, „um Quellen zu erschließen und um neue Kräfte zu gewinnen und zu ermutigen“.

Die Redaktion der „Dynamischen Psychiatrie/Dynamic Psychiatry“ schließt sich dieser Hoffnung an. Sie tut dies um so mehr, als sie verbunden ist mit zwei Fachgesellschaften, welche mit der Entwicklung sozialpsychiatrischer Arbeit in Praxis, Lehre und Forschung begonnen haben. Einem Brief des derzeitigen Vorsitzenden dieser Gesellschaften, der „Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP)“ und der „Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (DGG)“, Herausgebers der „Dynamischen Psychiatrie/Dynamic Psychiatry“, Günter Ammon, an Herrn Prof. Dr. Schulte entnehmen wir die folgende Stellungnahme:

Sehr verehrter Herr Professor,

für Ihr Referat auf dem diesjährigen Ärztetag möchte ich Sie beglückwünschen. Ich meine, daß Sie mit diesem Alarmruf der deutschen Psychiatrie einen wichtigen Dienst erwiesen haben. Daß es das erste Mal war, daß ein Ärztetag sich mit dem Problem psychischer Krankheit beschäftigte, ist eine bestürzende Mitteilung. Aber Sie haben nicht über Versäumtes lamentiert, sondern haben eine klare Konzeption vorgetragen in der Hoffnung, wie Sie sagen, „daß sich der Deutsche Ärztetag diese Forderungen zu eigen macht und ihnen mit seiner

Stoßkraft zum Erfolg verhilft“. Das erste hat der Ärztetag getan, ob wir das zweite von ihm erwarten dürfen, darüber könnte man lange diskutieren.

Sicher brauchen wir die Unterstützung der großen Landesorganisationen, wenn wir unsere Vorstellungen von einer humanen und dynamischen Psychiatrie realisieren wollen, wir brauchen ebenso die Hilfe der Administrationen. Aber wir können darauf nicht warten. Die Probleme drängen, und wir müssen eigene Initiativen entwickeln, müssen selber Wirklichkeiten schaffen.

Ich selbst habe meine psychiatrische Schulung in den Vereinigten Staaten erfahren und habe dort fast zehn Jahre in der vordersten Linie gearbeitet und dies im Rahmen von Organisationen, die noch bestimmt waren von dem Pioniergeist und der Kreativität von Männern wie Karl Menninger. Nach meiner Rückkehr im Jahre 1965 habe ich dann sehr gelitten unter dem, was Sie die Lethargie der psychiatrischen Krankenversorgung nennen. Diese Lethargie, welche sich in der „endogenen Selbstherrlichkeit“ ebenso ausdrückt wie in dem exklusiven Pessimismus, worin die Psychoanalyse sich in Deutschland vielerorts gefällt, diese Lethargie ist in der Tat, was wir bekämpfen müssen. Ich meine, daß wir darin mit einem gesellschaftlichen Problem von höchster Relevanz konfrontiert sind.

Alle Arbeit, die darauf verwendet wird, die Prozesse der psychischen Entwicklung in Gesundheit und Krankheit zu erforschen und leidenden Menschen zur Heilung zu verhelfen, stößt auf die Realität einer Gesellschaft, deren „Toleranzgrenze für Anfällige, Hinfällige, Auffällige, für Teilgesundete und Teilsozialisierte eher im Sinken als im Steigen begriffen ist“, einer Gesellschaft, welche sich mit dem Leiden, das sie produziert, eben ungern konfrontieren läßt. Wenn aber „die Einbeziehung des seelisch Kranken . . . ein Gradmesser für die Menschlichkeit einer Gesellschaft“ ist, dann müssen wir sagen, daß unsere Gesellschaft immer unmenschlicher wird. Ein Problem, das, wie Sie sagen, den medizinischen Bereich überschreitet, das aber doch unsere Arbeit bestimmt, wie ich hinzufügen möchte.

Sie selbst geben das sprechende Beispiel einer Ablehnung eines sozialpsychiatrischen Projekts der Universitäts-Nervenlinik Tübingen, weil die „zuständigen Instanzen“ meinten, „es gäbe vordringlichere Aufgaben“. Offenbar sind es überall „vordringlichere Aufgaben“, welche verhindern, daß Sozialpsychiatrie „in Forschung, Lehre und Behandlung konkret vertreten wird und aus dem Stadium unfruchtbaren Geredes heraustritt“, welche dazu führen, daß Sie mit Recht von den „ganz darniederliegenden Forschungszentren und -abteilungen an den Universitätskliniken“ sprachen.

Dabei stimme ich vollkommen mit Ihnen überein, daß mit pauschaler Kritik, mit „leichtfertigen amplifizierenden Desavouierungen“ psychiatrischer Arbeit nichts getan ist. Endogene Selbsterfleischung ist ebenso Ausdruck der sozialen Ohnmacht wie die „endogene Selbstherrlichkeit“, welche die beschämende Unzulänglichkeit unserer psychiatrischen Krankenversorgung dem Bewußtsein der in ihr Tätigen fernzuhalten versucht.

Daß zuwenig getan worden ist, das lehrt ein Blick auf die katastrophale Situation, daß sehr viel getan werden muß, darüber sind sich alle, gerade auch die in Lethargie Verfallenen, einig, daß etwas getan werden kann, daß Initiativen

möglich sind und realisiert werden können, das ist der Punkt, auf den es ankommt. Wir können nicht warten, bis „die Gesellschaft“ diese Aufgabe sieht. Die Gesellschaft hat keine Adresse, und es ist sehr fraglich, ob die großen Institutionen, welche sie zu repräsentieren vorgeben, das wirklich noch tun. Die Erfahrung spricht dagegen. Die „Instanzen“ haben „vordringlichere Aufgaben“, in deren Bearbeitung sie ihre Existenzberechtigung zu beweisen suchen.

Die deutsche Psychiatrie schleppt die fatale Tradition einer „Psychiatrie von oben“ mit, ihre soziale Basis war und ist fast immer die staatliche Administration. In der Auseinandersetzung mit dieser laufen sich die Reformversuche fest. Erst wenn die Psychiatrie begreift, daß sie nicht einen staatlichen sondern einen sozialen Auftrag hat, wenn sie ihre Basis nicht in den „Instanzen“ sondern bei den Betroffenen sucht, wird ihr emanzipatorische Arbeit gelingen. Ich bin mit Ihnen einer Meinung, wenn Sie in dem Entstehen von Bürgerbewegungen, welche die Situation psychisch Kranker verbessern wollen, einen ermutigenden Anfang dafür sehen, daß psychische Krankheit nicht Angelegenheit exklusiver Institutionen bleibt, sondern als gesellschaftliches Problem erkannt und in freier Kooperation behandelt wird. Ich meine aber, daß die Psychiatrie selbst ihre „exklusiven Institutionen“ verlassen und sich wirklichkeitsnäher organisieren muß, wenn diese belebenden Anfänge nicht der Resignation und neuer Erstarrung erliegen sollen.

Sie selbst fordern umfangreiche Strukturveränderungen, beklagen die Enge und Beschränktheit unserer psychiatrischen Einrichtungen und geben einen Überblick darüber, was sofort geschehen muß. Bei der Diskussion Ihres Referates mit den Studenten des „Lehr- und Forschungsinstituts für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik (LFI)“ tauchte die Frage auf, wer soll diese Strukturveränderung herbeiführen? Können wir wirklich damit rechnen, daß die erforderliche Neustrukturierung möglich ist im Rahmen von Organisationen, die bisher allen Reformversuchen widerstanden haben? Was zum Beispiel geschieht nun in Tübingen nach der Ablehnung eines doch relativ bescheidenen Projektes? Wo sollen denn die jungen Ärzte sozialpsychiatrische Praxiserfahrung gewinnen, wenn ihre Facharztausbildung sie in Kliniken führt, die ihnen zwar die Erfahrung vermitteln können, wie unbeweglich die institutionalisierte Psychiatrie und wie wenig ihnen zu tun erlaubt ist, die ihnen aber keine Möglichkeit geben, „Quellen zu erschließen und neue Kräfte zu gewinnen“.

Sozialpsychiatrie wird so lange Gerede bleiben, wie die daran Interessierten nicht heraustreten aus den Institutionen, welche sie von den realen Problemen isolieren und ihnen reale Arbeitsmöglichkeiten abschneiden. Es ist am Ende richtiger, die erstarrten Organisationen zu verlassen und etwas Neues aufzubauen, Arbeits- und Organisationsformen zu entwickeln, welche den Problemen, auf die wir stoßen, gerecht zu werden vermögen und sich nicht erschöpfen in den Konflikten, die sie selbst hervorbringen. Eine Arbeit, die sicherlich befriedigender und auf die Dauer auch erfolgreicher ist als all die Anstrengung, den bürokratischen Apparaten Leben einzuhauchen, das sie nicht sofort für sich selbst verzehren.

In Ihrem Referat betonen Sie die Möglichkeit und die zunehmende Bedeutung außerinstitutioneller Initiativen, ermutigende Bemerkungen, für die wir Ihnen dankbar sind. Ich bin nach meiner Rückkehr aus den USA im Jahre 1965 diesen Weg gegangen und habe dabei die Erfahrung gemacht, die Sie beschreiben: „Fängt man erst einmal an einer Stelle an, so zeigt sich, daß die Bereitschaft mitzutun, viel größer ist, als man erwartet hatte“. Zusammen mit meinen Freunden und Mitarbeitern ist es mir gelungen, das „Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik Berlin (LFI)“ zu gründen und zu einer arbeitenden Organisation zu machen. Die Zeitschrift „Dynamische Psychiatrie/Dynamic Psychiatry“ erscheint jetzt im dritten Jahrgang als Vierteljahresschrift und nimmt eine gute Entwicklung. Die „Deutsche Gruppenpsychotherapeutische Gesellschaft e.V. (DGG)“, gegründet 1969, hat jetzt 80 qualifizierte Mitglieder, davon 10 im Ausland. Die „Deutsche Akademie für Psychoanalyse e.V. (DAP)“, die jüngste Gründung, ist auf viel Interesse gestoßen und steht recht kräftig da. In Verbindung mit meiner Praxis und dem Lehr- und Forschungsinstitut haben wir einen „Psychoanalytischen Kindergarten“ ins Leben rufen können, der als sozialpsychiatrisches Projekt uns ausgezeichnete Forschungsmöglichkeiten bietet, wie er auch der Prophylaxe dient. Zwei milieutherapeutische Projekte im Bayerischen Wald und in Süditalien konnten unter großen Opfern eingerichtet werden. Sie dienen ausgewählten Patientengruppen für jeweils mehrwöchige milieutherapeutische Programme.

An dieser Stelle muß auch die „Pinel-Gesellschaft e.V. — Gesellschaft zur Förderung psychiatrischer Kliniken und wissenschaftlicher Forschung nach den Erkenntnissen der Dynamischen Psychiatrie“ genannt werden. Diese Bürgerbewegung hat ausdauernd und zuverlässig unsere Projekte unterstützt und zu deren Gelingen viel beigetragen. Mit den Pinel-Publikationen, von denen Ihnen einige Hefte bekannt sein werden, hat diese Gesellschaft auf dem Gebiete der Öffentlichkeitsarbeit Hervorragendes geleistet. Die Schriften haben bisher eine verkaufte Auflage von 25 000 erreicht und werden in der gesamten Bundesrepublik und in Westberlin vertrieben.

Mein Hauptinteresse gilt natürlich dem Lehr- und Forschungsinstitut, welches den beiden Gesellschaften als Ausbildungs- und Forschungsstätte dient. Denn ohne die Ausbildung qualifizierter Therapeuten bleiben alle Pläne von einer dynamischen Psychiatrie als sozialer Realität Hirngespinnste.

Die Redaktion der „Dynamischen Psychiatrie/Dynamic Psychiatry“ hofft, daß der Schultesche Aufruf nicht ungehört verhallt und daß auch anderenorts Arbeitszentren sich entwickeln, die Ernst machen mit der Verwirklichung einer humanen und dynamischen Sozialpsychiatrie.

Die Redaktion

### **Towards a Dynamic Social Psychiatry**

At the 73rd Assembly of German Physicians this year, a resolution was taken, in which it appealed to all concerned authorities in West Germany to undertake the necessary changes and reforms in the structure and organization of psychiatric institutions and to begin with the construction of modern psychiatric establishments. This historical resolution was the result of a speech held by Professor W. Schulte, Director of the neuropsychiatric Clinic at the University of Tübingen and member of the Editorial Board of „Dynamische Psychiatrie/Dynamic Psychiatry“. Criticizing the scandalous situation of psychiatry in West Germany, Schulte called for the development of new therapeutic communities replacing the isolation and guardianship of the existing psychiatric establishments. He claimed, too, that social psychiatry should not remain a mere gossip but should be realized in both research and treatment.

Stating the achievements of other countries in East and West, he deplored the underdeveloped state of psychiatry in West Germany and suggested the creation of psychotherapeutic and psychosomatic institutes and clinics, independently or not from universities. He called also for new legal measures abolishing the discrimination and prejudice against psychotherapeutic practice.

Moreover, Schulte emphasized the necessity of psychotherapeutic education and training, also for nurses and social workers. He underlined the effort of private initiatives and gave as example the Mental Health Movement in Anglo-American countries. The study of the social dynamics of mental diseases, particularly the study of family structure, must be intensified. Schulte concluded by denouncing the hostile attitudes in the West Germany society toward the weak and the ill.

In a letter to Schulte G. Ammon, editor of “Dynamische Psychiatrie/Dynamic Psychiatry“ and Chairman of the German Academy for Psychoanalysis and the German Group Psychotherapeutic Society, congratulates him for his alarming appeal and for the reform-plan he gave for the developing of social psychiatry in West Germany. Ammon explains how his experience in the USA during 10 years acquainted him with new conceptions of psychiatry, whereas in Germany he met with common lethargy and intolerance. Ammon expresses therefore his scepticism as to the ability of the authorities to undertake such radical reforms. In order to realize social psychiatry the concerned people must give up their hopes in an effective aid of official and social organizations and leave the frame of conventional institutions. In this sense, and similarly to the purpose of Schulte’s program, the German Academy for Psychoanalysis and the German Group Psychotherapeutic Society were founded. Training institute for both is the Institute for Research and Training for Dynamic Psychiatry and Group Dynamics in Berlin, working on a new basis. An integrated part of it is the Psychoanalytic Kindergarten, serving research and prophylactic aims. Ammon mentions also the Pinel-Gesellschaft, a laymen society for the promotion of psychiatric clinics and scientific research according to the principles of dynamic psychiatry which displays already a wide public activity.

One of the chief aims of this journal has always been to stimulate a public discussion about the condition in which mental diseases arise and those in which they can be treated and cured. Dynamische Psychiatrie/ Dynamic Psychiatry hopes that the call of Professor Schulte will not remain without echo.